



Para mujeres y adolescentes + con PTI: **MENSTRUACIÓN, EMBARAZO, MENOPAUSIA**

PROBLEMAS HEMORRÁGICOS EN LAS ETAPAS DE LA VIDA





Para mujeres y adolescentes + con PTI: **MENSTRUACIÓN, EMBARAZO, MENOPAUSIA**



PROBLEMAS HEMORRÁGICOS EN LAS ETAPAS DE LA VIDA

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introducción	1
Definiciones e información general	2
Infancia	4
Adolescencia	6
Años fértiles: Diagnóstico con PTI antes de quedarse embarazada	10
Años fértiles: Trombocitopenia, PTI y embarazo	18
Premenopausia	25
Menopausia	26
Posmenopausia	27
Anexo	28
Referencias bibliográficas	31
Agradecimientos	32

+ Esto incluye a todas las personas que tienen o han tenido la capacidad de menstruar.





Para mujeres y adolescentes + con PTI: **MENSTRUACIÓN, EMBARAZO, MENOPAUSIA**



PROBLEMAS HEMORRÁGICOS EN LAS ETAPAS DE LA VIDA

INTRODUCCIÓN

Un diagnóstico de PTI suele ser inesperado y alarmante. Aunque la PTI afecta a todos los sexos, quienes tienen o han tenido la capacidad de menstruar se enfrentan a problemas especiales con la menstruación, el embarazo, el parto y las intervenciones quirúrgicas ginecológicas cuando también hay que hacer frente a una cifra baja de plaquetas. Este folleto pretende ser un recurso educativo



inclusivo y útil para cuidadores y pacientes que se identifican como mujeres, personas no binarias, varones transgénero y otras identidades de género. La información se centrará en las hemorragias asociadas a los cambios hormonales de la pubertad, el embarazo y la menopausia.

DEFINICIONES E INFORMACIÓN GENERAL

P ¿Qué es la trombocitopenia?

R La trombocitopenia es un término que se emplea para describir una cifra global de plaquetas inferior a 150 000 ($\times 10^9/l$). La cifra normal de plaquetas es de entre 150 000 y 400 000. Los síntomas de la PTI pueden presentarse de forma diferente en cada persona. A veces, una persona puede ser asintomática (no tener síntomas aparentes), incluso cuando la cifra de plaquetas es inferior a 10 000.

P ¿Qué es la PTI?

R La PTI, o trombocitopenia inmunitaria, es un trastorno hemorrágico autoinmunitario. En las enfermedades autoinmunitarias, el sistema inmunitario ataca a uno o varios sistemas orgánicos aparentemente normales. En la PTI, las plaquetas son el objetivo. El sistema inmunitario las marca como extrañas y las elimina en el bazo y el hígado. Además de provocar la destrucción de las plaquetas, algunas personas con PTI también presentan una disminución de la tasa de producción de plaquetas.

P ¿Qué causa la PTI?

R No siempre se conoce la causa específica de la PTI. A veces hay factores desencadenantes que provocan una respuesta de origen inmunitario a la trombocitopenia, como un virus o una vacuna. La PTI es un diagnóstico de exclusión. No existe ninguna prueba definitiva para diagnosticar la PTI, más allá de descartar causas frecuentes de trombocitopenia. Conocer la verdadera causa subyacente de una cifra baja de plaquetas es esencial, ya que hay algunas afecciones que pueden confundirse o diagnosticarse erróneamente como PTI, y es importante para poder recibir el tratamiento más adecuado para su trombocitopenia. Para conocer otras posibles causas de una cifra baja de plaquetas (trombocitopenia) distintas de la PTI, visite pdsa.org/patients-caregivers/disease-information/when-its-not-itp.



P ¿Cuáles son los síntomas de la PTI?

R Los síntomas varían mucho entre una persona y otra. La mayoría de las personas con PTI presentan hematomas espontáneos. Algunas presentan petequias, que son pequeños puntos rojos en la piel causados por la rotura de vasos sanguíneos o fugas en la pared capilar. Si su cifra de plaquetas es muy baja, puede presentar otros síntomas hemorrágicos, como ampollas de sangre en el interior de las mejillas o sangre en la orina o las heces. Sin embargo, la cifra de plaquetas no siempre refleja la gravedad de los síntomas hemorrágicos. A veces, las personas con una cifra de plaquetas muy baja pueden no presentar ningún síntoma. En general, cuantos más síntomas de hemorragia tenga, probablemente más baja sea la cifra de plaquetas.

P ¿Es contagiosa la PTI?

R No. La PTI no es contagiosa.

P ¿Por qué son tan importantes las plaquetas?

R Las plaquetas son pequeños componentes pegajosos de la sangre que se forman en la médula ósea (el tejido blando y poroso que se encuentra en los huesos largos del cuerpo, además de la pelvis, el esternón, el cráneo y las vértebras). Su función es mantener la integridad de los vasos sanguíneos y sellar pequeños cortes y heridas formando un coágulo de sangre. Si la sangre no tiene suficientes plaquetas, no puede coagularse con la rapidez necesaria. El resultado es un exceso de hematomas y la tendencia de las personas con PTI a sangrar durante mucho tiempo cuando se cortan o sufren una herida. Con una cifra muy baja de plaquetas, es posible tener hemorragias espontáneas, incluida una hemorragia intracraneal (hemorragia en el cerebro).

«Aunque hay muchas soluciones para las afecciones ginecológicas agravadas por una cifra baja de plaquetas, independientemente de la etapa de la vida de las mujeres +, es importante que el ginecólogo-obstetra y el hematólogo de la paciente trabajen juntos para encontrar las mejores opciones.»

— DRA. ANDRA JAMES, obstetra-ginecóloga y especialista en medicina materno-fetal y obstetricia de alto riesgo

INFANCIA

«Me diagnosticaron PTI a los 12 años. Tenía signos de la enfermedad desde pequeña, como moratones y hemorragias nasales anómalas. ... lidiar con un trastorno sanguíneo era estresante emocionalmente. Solía ocultar que tenía PTI a los demás, incluso a mis amigos cercanos, porque me daba mucha vergüenza y no quería sentirme diferente.»

— EMILY

P ¿Cuáles son las principales preocupaciones?

R A algunas personas con PTI les preocupa la menarquia (el inicio de la menstruación) y las hemorragias menstruales excesivas o abundantes a partir de entonces. Otros tipos de hemorragia, como la hemorragia del conducto vaginal o la hemorragia debida a cambios en los ovarios, también pueden producirse en personas de riesgo con PTI. Por lo general, se trata de problemas relacionados con la adolescencia (adolescentes/preadolescentes) y la mayoría de los niños con PTI reciben el mismo tratamiento independientemente de su identidad de género o sexo biológico (masculino o femenino).

P ¿Las niñas se recuperan de la PTI?

R Hay tres fases en la PTI. La primera se denomina fase de diagnóstico reciente y representa a las personas a las que se les acaba de diagnosticar PTI y que se encuentran en los tres primeros meses desde su diagnóstico. La segunda fase se denomina fase persistente y representa a las personas que han tenido PTI durante un periodo de 3 a 12 meses. La PTI crónica es la última fase y representa a los pacientes que han tenido PTI durante 12 meses o más. La mayoría de las niñas diagnosticadas con PTI (aproximadamente el 80 %) se recuperan a los pocos meses del diagnóstico, y su recuperación no suele verse afectada por el tratamiento con corticosteroides, inmunoglobulina intravenosa (IgIV) o inmunoglobulina anti-D (Rh). Sin embargo, incluso después de los primeros 12 meses, en aproximadamente la mitad de las niñas que siguen teniendo PTI, la misma se resolverá y se recuperarán, por lo que la recuperación es probable incluso con PTI crónica.

P ¿La PTI es peligrosa en las niñas?

R Puede serlo, aunque el peligro está relacionado principalmente con los síntomas hemorrágicos de la niña. Las hemorragias potencialmente mortales, incluida la hemorragia intracraneal (hemorragia en el cerebro), son raras y se producen en menos del 1 % de las niñas con PTI, y suelen ocurrir, aunque no siempre, en niñas con una cifra de plaquetas muy baja (<10 000).



P ¿Cuándo se necesita atención médica inmediata?

R Póngase en contacto con su médico inmediatamente si su hija se golpea la cabeza o sufre un accidente grave. Además, estén atentos a cualquier cambio en los síntomas hemorrágicos de su hija, especialmente nuevas hemorragias en las encías, hemorragias nasales, sangre en la orina o las heces, o ampollas de sangre en la boca, ya que indican que su hija puede necesitar tratamiento para la PTI. También debe comentarle a su médico los síntomas de dolor de cabeza, fatiga y, sobre todo, vómitos, náuseas o cambios en el comportamiento (especialmente mayor somnolencia o nerviosismo).

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

R La PTI en niñas se resuelve generalmente por sí sola, por lo que es posible que su hematólogo no recomiende ningún tratamiento para su hija, aparte de vigilarla atentamente para detectar cambios en los síntomas hemorrágicos. Es posible que le pidan que se haga hemogramas de forma intermitente, pero es poco probable que un control con análisis de sangre demasiado frecuentes altere el tratamiento, y contribuye a la ansiedad, la frustración y el miedo tanto a las visitas al médico como a los pinchazos con agujas. Si se recomienda tratamiento, pueden utilizarse medicamentos para mantener controlados los síntomas hasta que la PTI se resuelva y el proceso inmunitario subyacente finalice.

P ¿Mi hija puede volver a tener la PTI?

R Una pequeña cantidad de niñas con PTI, que aparentemente se han recuperado, tendrán una recurrencia de la PTI (lo que se conoce como recaída). Una recaída puede indicar que existe una diferencia subyacente en la forma en que responde el sistema inmunitario y debe motivar una evaluación completa. Consulte a su médico para obtener más información.

ADOLESCENCIA

«El pasado mes de marzo dejé de tomar Depo-Progevera y probé NuvaRing. Con NuvaRing se regulaba mi ciclo menstrual y lo volvía a la normalidad. De repente, con la vuelta de la menstruación, mi cifra de plaquetas empezó a aumentar lentamente. Al principio pensé que era una coincidencia, pero en los meses siguientes mis plaquetas siguieron aumentando y en mi último hemograma completo estaban en 130 000.»

— LISA

P ¿Cuáles son las preocupaciones especiales de una adolescente con PTI? ¿Tiene riesgo de hemorragia del aparato reproductivo?

R En la adolescencia, las personas pueden someterse a su primer examen pélvico y enfrentarse a varios problemas, como el control de la natalidad, las enfermedades de transmisión sexual, los ciclos menstruales irregulares o dolorosos y las hemorragias menstruales abundantes. Es importante encontrar un médico con el que se pueda trabajar y en el que se pueda confiar. Abordar rápidamente los problemas cuando se presentan es crucial para asegurarse de que las pacientes con hemorragia menstrual y PTI no sufran carencia de hierro, anemia o una mala calidad de vida. El tratamiento de los ciclos menstruales dolorosos requiere un enfoque cuidadoso para averiguar la causa y permitir un tratamiento óptimo. El tratamiento hormonal puede ser especialmente eficaz. Debe limitarse el tratamiento con AINE típicos (como paracetamol, naproxeno o ibuprofeno); las pacientes pueden responder al celecoxib (Celebrex), que no afecta a la función plaquetaria.



P ¿Qué ocurre con el sangrado menstrual abundante?

R El sangrado menstrual abundante (SMA) es más frecuente en personas con PTI, no solo en adolescentes. Los siguientes síntomas pueden indicar una hemorragia uterina anormal (sangrado menstrual abundante): empapar una compresa en menos de dos horas, expulsar coágulos más grandes que una uva, empapar la protección y la ropa (sobre todo durante la noche) o tener la sensación de estar empapada especialmente al cambiar de posición (de posición sentada a estar de pie, de posición tumbada a sentada).

Además de la PTI, otras causas de sangrado menstrual abundante en personas de riesgo son la ausencia de ovulación (anovulación, frecuente en los dos primeros años de menstruación), la desregulación hormonal (un problema con la regulación de la concentración hormonal necesaria para formar un revestimiento uterino normal y que se produzca el sangrado menstrual), la enfermedad tiroidea, la poliquistosis ovárica (PO) y la perimenopausia. Tenga en cuenta que esta no es una lista exhaustiva de todas las causas conocidas de las hemorragias menstruales abundantes, y que estos síntomas también pueden afectar a quienes no padecen PTI.

P ¿Qué enfoques puede utilizar un médico para tratar el sangrado menstrual abundante de una adolescente?

R Para tratar el sangrado menstrual abundante se pueden utilizar varios métodos, incluidos los anticonceptivos hormonales combinados —píldoras o parches anticonceptivos y anticonceptivos orales de uso prolongado— y los anticonceptivos que solo contienen progestina —dispositivos intrauterinos (DIU) recubiertos de progesterona, píldoras que solo contienen progestina, implantes (como levonorgestrel e inyecciones de progesterona)—. Muchas personas pueden usar el ácido tranexámico o el ácido aminocaproico, un medicamento no hormonal que ayuda a estabilizar los coágulos deteniendo su descomposición (antifibrinolítico), en lugar de la hormonoterapia o además de ella. Algunas personas con sangrado menstrual abundante responden a la hormonoterapia o al tratamiento con antifibrinolíticos y no necesitan tratamientos específicos dirigidos a la cifra de plaquetas para controlar las hemorragias del aparato reproductivo. Otras personas necesitarán tratamiento orientado a ambos, la PTI y el aparato reproductivo, para obtener una cantidad normal de sangrado menstrual.

P Mi hija adolescente tiene menstruaciones dolorosas. ¿Puede utilizarse otro medicamento en vez de paracetamol?

R Los AINEs (antinflamatorios no esteroideos) no suelen administrarse a pacientes con PTI porque, según los informes, interfieren en la función plaquetaria. La guía práctica de la Sociedad Estadounidense de Hematología (ASH) para el tratamiento de la PTI no recomienda los AINEs a pacientes con PTI. Pueden encontrarse directrices de tratamiento y guías de práctica clínica en el apartado para profesionales sanitarios de la PDSA en pdsa.org/healthcare-professionals-researchers/hcp-resources.



Su médico le puede recomendar paracetamol celecoxib (este último es un AINE que no interfiere en la función plaquetaria) para proporcionar alivio. Generalmente, se recomienda el paracetamol como tratamiento de primera línea en esta situación.

P ¿Cuáles son los tratamientos para la PTI en adolescentes?

R Los tratamientos de primera línea indicados en el apartado dedicado a las niñas: prednisona, IgIV y Rhophylac/Igamad (conocidos además como anti-D [Rh])— son aplicables también a adolescentes, sobre todo para elevar rápidamente la cifra de plaquetas ante la aparición de nuevos síntomas hemorrágicos. Las pacientes con síntomas hemorrágicos continuos o sangrado menstrual abundante que no responden al tratamiento con hormonas o ácido tranexámico pueden necesitar un tratamiento modificador de la PTI (medicamentos que han demostrado afectar a la cifra plaquetaria y las hemorragias en pacientes con PTI y que se cree que afectan a la evolución final de la enfermedad). Entre ellos están:

Los factores de crecimiento plaquetario o agonistas del receptor de la trombopoyetina (TPO) (AR-TPO) son un tipo de tratamiento de la PTI que estimula la médula ósea para que produzca más plaquetas, en lugar de suprimir la respuesta inmunitaria que conduce a su destrucción. La TPO es una proteína natural producida en el hígado, que estimula la producción de plaquetas en la médula ósea. Los AR-TPO imitan la acción de la TPO natural de una persona, lo que estimula a los megacariocitos de la médula ósea (células precursoras de las plaquetas) a producir más plaquetas. Aunque la PTI suele considerarse una enfermedad caracterizada por la destrucción de plaquetas, las investigaciones han demostrado que muchas personas con PTI también presentan una disminución de la producción de plaquetas. La estimulación adicional de la médula ósea inducida por los AR-TPO crea un número suficiente de plaquetas para superar los problemas de destrucción o producción de plaquetas en la mayoría de las personas que reciben los tratamientos. Entre los tipos de factores de crecimiento plaquetario o AR-TPO están:

El romiplostim (Nplate®) es un peptidocuerpo (parte péptido y parte anticuerpo) líquido fabricado que se administra mediante inyección subcutánea (bajo la piel), inicialmente una vez a la semana. El eltrombopag (Revolade®) es una píldora que se toma una vez al día. Las pastillas deben tomarse con el estómago vacío, porque los alimentos, especialmente los que contienen calcio (como, leche, yogur), afectan a su absorción en el organismo. El avatrombopag (Doptelet®) es otro AR-TPO, similar al eltrombopag y al romiplostim, para adultos sin respuesta

a tratamientos anteriores. Se están llevando a cabo ensayos pediátricos con avatrombopag.

Posibles efectos secundarios: Dolores articulares y musculares, mareos, insomnio, indigestión y sensación de hormigueo. Existe la posibilidad de que la cifra de plaquetas descienda por debajo de la cifra previa al tratamiento si este se interrumpe. También existe un riesgo de trombosis (coágulos sanguíneos) asociado con el uso de los AR-TPO, que se manifiesta en personas con riesgos adicionales preexistentes de coágulos sanguíneos. En general, las niñas y adolescentes tienen un riesgo bajo de coágulos sanguíneos anormales, pero hay algunos elementos que pueden aumentar el riesgo, como la obesidad, las dosis altas de estrógenos, el síndrome de anticuerpos antifosfolípidicos y los antecedentes familiares de coágulos sanguíneos.

El rituximab (Mabthera®, Rixaton®, Truxima®, Ruxience®) es un anticuerpo monoclonal autorizado por la FDA en noviembre de 1997 para el tratamiento del linfoma, un tipo de cáncer. Hoy en día, se utiliza también para tratar la PTI, una indicación no recogida en la ficha técnica (off-label). Reduce el número de linfocitos B, un tipo de glóbulos blancos, y modifica el carácter de los linfocitos T (otro tipo de glóbulos blancos). Tras el tratamiento con rituximab, el organismo puede tardar hasta un año en reponer los linfocitos B eliminados y conseguir que el sistema inmunitario y la producción de anticuerpos vuelvan a funcionar a pleno rendimiento. El rituximab se administra por vía intravenosa (IV). En algunos pacientes se producen reacciones de hipersensibilidad (de tipo alérgico).

El fabricante recomienda la premedicación con paracetamol (Gelocatil®, Termalgin®, etc.) y difenhidramina (Disolvón®, Cinfatós®, etc.) antes de cada infusión IV; los corticosteroides también pueden ser útiles para estas reacciones, que son más frecuentes con la primera infusión IV.

Posibles efectos secundarios: Los efectos secundarios que se presentaron tras el 7 % de las infusiones fueron dolores de cabeza, escalofríos, fiebre y dolores corporales. Para los pacientes con hipersensibilidad a los hemoderivados existe un riesgo remoto de anafilaxia. Si alguna paciente nota dolor de espalda, escalofríos, fiebre, cambios en la diuresis (excreción de orina), aumento repentino de peso, retención de líquidos/edema o dificultad para respirar, debe informar inmediatamente de estos síntomas a su médico. Un número muy reducido de pacientes puede experimentar anemia grave, que requiere atención médica inmediata.

Hable con su médico para saber si alguno de estos tratamientos puede ser adecuado para su situación. Para obtener más información sobre los tratamientos disponibles, visite pdsa.org/treating-itp.

AÑOS FÉRTILES: DIAGNÓSTICO CON PTI ANTES DE QUEDARSE EMBARAZADA

«Es sumamente infrecuente que no logremos que una mujer con PTI lleve adelante su embarazo y parto.»

— DRA. TERRY GERNESHEIMER, Hematóloga Y Asesora Médica De La Pdsa

P ¿Existe alguna razón médica demostrada (para la salud de la madre o del niño) por la que una persona con PTI no deba quedarse embarazada?

R No existen estudios que respalden la postura de que una persona con PTI no deba quedarse embarazada. Los médicos suelen explicar que pueden producirse complicaciones maternas y fetales, y que puede ser necesario un seguimiento y un tratamiento adicionales. Es importante que haya un seguimiento cuidadoso durante el embarazo.



P ¿Debería una persona con PTI que se queda embarazada plantearse interrumpir el embarazo?

R No existe ninguna razón médica que justifique la interrupción del embarazo por el mero hecho de padecer PTI. Sin embargo, si la PTI es grave o está asociada a otras afecciones físicas, consulte a un médico para conocer todos los posibles factores de riesgo.

P ¿Hay alguna vacuna que deba tenerse en cuenta antes de quedarse embarazada? ¿Debería plantearse una esplenectomía?

R Algunas vacunas pueden ser necesarias, como las de la hepatitis A y B y la antineumocócica (contra la neumonía). Consúltelo con su médico.

Las vacunas con virus y toxoides inactivados suelen ser seguras en mujeres embarazadas. Debido al posible riesgo para el feto, las vacunas con virus vivos no deben administrarse a mujeres embarazadas o que puedan quedarse embarazadas en un plazo de 28 días, a menos que necesiten protección inmediata contra enfermedades potencialmente mortales, como la fiebre amarilla, que solo pueden prevenirse con vacunas con virus vivos. La vacuna triple vírica, que protege contra el sarampión, las paperas y la rubéola, no se administra a mujeres embarazadas debido al riesgo teórico que la vacuna con virus vivos contra la rubéola representa para el feto.

En general, las vacunas no son del todo eficaces en pacientes cuyo sistema inmunitario está debilitado por enfermedades o medicamentos. A menudo, a estos pacientes se les administra inmunoglobulina si están expuestos a una infección. Pueden pasar entre tres meses y un año antes de que una persona que ha dejado de tomar medicamentos inmunodepresores recupere la plena capacidad de inmunizarse con éxito contra una enfermedad. Las vacunas con virus vivos no suelen administrarse a personas cuyo sistema inmunitario se haya visto afectado por una enfermedad o por el uso de medicamentos.

Si la cifra de plaquetas es muy baja y se prevé un embarazo, puede considerarse la posibilidad de realizar una esplenectomía antes del embarazo, lo que en algunos casos podría simplificar el tratamiento de la PTI.

Tras la esplenectomía, puede haber un mayor riesgo de presentar ciertas infecciones (*Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*) que pueden ser potencialmente mortales. Por ello, antes de la esplenectomía puede ser necesario administrarles una vacuna especial contra las bacterias que causan la neumonía (*Pneumovax*). También pueden necesitar la vacuna contra la *Haemophilus influenzae* de tipo b (Hib) y la vacuna meningocócica.

La cuestión de qué vacunas ponerse y cuándo hacerlo es compleja. Del mismo modo, la decisión de extirpar el bazo es difícil porque no es una cura garantizada. Alrededor de un tercio de los pacientes que se someten a una esplenectomía no responden o vuelven a presentar trombocitopenia en algún momento después de la intervención. Lamentablemente, en la actualidad no existe ningún método aceptado de forma general para predecir con antelación si usted formará parte de los dos tercios de las personas que tienen éxito a largo plazo con la esplenectomía.

Si padece PTI, asegúrese de consultar a un ginecólogo-obstetra especializado en obstetricia de alto riesgo antes y durante el embarazo.

P ¿Es necesario acudir a un obstetra o hematólogo de alto riesgo o especializado durante el embarazo?

R Los médicos que tratan la PTI recomiendan que durante el embarazo haya un obstetra, un hematólogo y un pediatra o neonatólogo (médico especializado en el tratamiento de recién nacidos) que colaboren estrechamente para reducir el riesgo de complicaciones de la PTI para la madre y el bebé.

P ¿Cómo afectará el embarazo a la cifra de plaquetas de una persona que lleva varios años con PTI?

R Las investigaciones indican que la cifra de plaquetas de las personas sanas con embarazos sin complicaciones desciende aproximadamente un 10 %. Esto significa que en mujeres embarazadas con PTI también es previsible que su cifra de plaquetas disminuya durante el embarazo, especialmente durante el tercer trimestre, agravando la PTI existente. Es normal una disminución de la cifra del 10 %, pero no puede preverse. Algunas pacientes tendrán una mayor disminución, otras menos.

P ¿Necesitan las personas con PTI más tratamiento farmacológico durante el embarazo que las personas sin PTI?

R La mayoría de las veces, durante el embarazo, las personas con PTI no necesitarán ningún tratamiento orientado a la cifra baja de plaquetas. Sin embargo, si se diagnostica PTI a una mujer embarazada, debe vigilarse atentamente su cifra plaquetaria durante el embarazo. La mayoría de los médicos recomiendan mantener una cifra de plaquetas por encima de 20 000 o 30 000 plaquetas durante todo el embarazo y por encima de 50 000 cerca del término. Para una anestesia epidural se requeriría una cifra superior, de entre 80 000 y 100 000.

De acuerdo con las directrices de la Sociedad Estadounidense de Hematología, debe abordarse la cifra de plaquetas si es inferior a 10 000 en cualquier momento del embarazo y si es inferior a 30 000 en el segundo o tercer trimestre, o si la persona sufre una hemorragia.

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

R El tratamiento más común para la PTI durante el embarazo es la IgIV complementada con corticosteroides. Se sabe que los corticosteroides, como la prednisona, son seguros en lo que respecta a no causar defectos congénitos. Sin embargo, estos fármacos se asocian a posibles efectos secundarios, como diabetes gestacional, alteraciones psicológicas, osteoporosis, acné y aumento de peso. También hay pruebas de que los corticosteroides aumentan el riesgo de trastornos hipertensivos durante el embarazo. WinRho® (equivalente a Igamad® y Rhophylac® en España), también conocido como anti-D (Rh), se ha utilizado en varias embarazadas con PTI sin daño fetal, pero se necesitan estudios adicionales. WinRho también se utiliza en el tratamiento de embarazos con Rh negativo para prevenir la enfermedad del Rh. La enfermedad del Rh, también conocida como eritroblastosis fetal o

«Desde que soy socia de la PDSA, me siento más tranquila y confiada gracias a todo el estupendo material divulgativo. Estoy muy agradecida a la PDSA. Me han permitido escoger opciones inteligentes sobre futuras decisiones de tratamiento.»

— VIRGINIA

enfermedad hemolítica del recién nacido, es una afección grave del embarazo que se produce cuando la sangre de la madre ataca a los glóbulos rojos del bebé. La azatioprina (Imurel, Immufalk) también se ha utilizado con seguridad.

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

R Entre los tratamientos utilizados con frecuencia para tratar la PTI que no deben emplearse durante el embarazo están el danazol (Danatrol®), la ciclofosfamida (Genoxal®) y los alcaloides de la vinca, como la vincristina. El rituximab (Mabthera®, Rixaton®, Truxima®, Ruxience®) y los AR-TPO suelen evitarse durante el embarazo, aunque en ocasiones se utilizan para tratar la PTI. Ni el rituximab ni los AR-TPO están autorizados por la FDA para su uso en el embarazo, y generalmente se evitan a menos que sean necesarios para el control de la enfermedad, ya que pueden atravesar la placenta. Debe evitarse la esplenectomía en la medida de lo posible, o aplazarse al segundo trimestre si se considera necesaria.

P ¿Se sabe si alguno de los fármacos utilizados para tratar la PTI puede afectar negativamente al feto incluso después de haber dejado de tomarlos?

R Esta cuestión aún no se ha estudiado a fondo. Existen pruebas de que el rituximab (Mabthera®, Rixaton®, Truxima®, Ruxience®) permanece en el organismo durante tres meses, quizá más. Se recomienda que las personas en edad fértil utilicen métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento y hasta 12 meses después del tratamiento con rituximab. Consulte a su médico sobre el periodo de tiempo que debe esperar después de finalizar cualquier tratamiento farmacológico antes de quedarse embarazada.

Consulte la tabla de tratamientos relacionados con el embarazo en las páginas 16 y 17.

Póngase en contacto con la PDSA o visite pdsa.org para obtener información sobre estos medicamentos y otras terapias que se están estudiando en ensayos clínicos. Para obtener más información sobre otros tratamientos disponibles, visite pdsa.org/treating-itp.

P ¿Afectará la PTI a las probabilidades de sufrir un aborto espontáneo?

R No hay datos médicos que demuestren que la PTI afecte a las probabilidades de aborto espontáneo.

P ¿Cómo afectará la PTI al feto y al recién nacido?

R Durante el embarazo, los autoanticuerpos maternos pueden atravesar la barrera placentaria, reconocer las plaquetas fetales y provocar su destrucción. Por lo tanto, la PTI en mujeres embarazadas puede inducir una trombocitopenia moderada o grave en el feto o en el recién nacido. Un porcentaje muy pequeño de bebés nacidos de madres con PTI padecerán trombocitopenia grave. Sin embargo, el riesgo global de complicaciones a largo plazo para el recién nacido es bajo. En la mayoría de los casos, cualquier trombocitopenia del recién nacido es tratable y no tiene efectos duraderos. La trombocitopenia neonatal suele alcanzar su punto máximo entre tres y cinco días después del parto, y la cifra de plaquetas se recupera sin consecuencias duraderas en un plazo de entre seis y ocho semanas. No hay forma de predecir con fiabilidad si un bebé nacerá gravemente trombocitopénico, salvo por un embarazo anterior. Las madres que hayan dado a luz previamente a un bebé con trombocitopenia son propensas a que en embarazos posteriores nazca un niño trombocitopénico.

En la siguiente tabla de tratamientos relacionados con el embarazo se destacan los medicamentos que se pueden tomar con seguridad durante el embarazo con PTI.

Nombre del medicamento: Tipo/Marca comercial	Cómo funciona
Primera línea	
Corticosteroides: Prednisona <i>Nota: La dexametasona no se recomienda en el embarazo.</i> ¹	Reduce la destrucción de las plaquetas recubiertas de anticuerpos en la sangre y la médula ósea, aumentando así la producción efectiva de plaquetas. También puede reducir las hemorragias de la PTI a través de un efecto directo sobre el vaso sanguíneo.
Inmunoglobulina intravenosa (IgIV)	La IgIV es un hemoderivado que reduce la destrucción de las plaquetas recubiertas de anticuerpos.
Segunda línea	
Anticuerpo monoclonal: Rituximab (Mabthera, Rixaton, Truxima, Ruxience) No autorizado por la FDA para su uso durante el embarazo. Generalmente se evita durante el embarazo.	Se adhiere a los linfocitos B (células inmunitarias) y los destruye, incluidos los linfocitos B que producen los autoanticuerpos que se adhieren a las plaquetas en las pacientes con PTI.
AR-TPO: eltrombopag (Revolade), romiplostim (NPlate) No autorizado por la FDA para su uso durante el embarazo. Generalmente se evita durante el embarazo.	Se une al receptor de trombopoyetina de los megacariocitos, lo que estimula la producción de plaquetas.
Tercera línea	
Azatioprina Marca comercial: Imurel, Immufalk	Reduce la respuesta inmunitaria. Se utiliza para tratar diversos trastornos autoinmunitarios y algunas formas de linfoma.
Ciclosporina A Marca comercial: Neoral, Sandimmun, Ikervis, Ciqorin	Reduce la respuesta inmunitaria.
Esplenectomía (raramente utilizada en el embarazo; a menudo se utiliza como último recurso).	Intervención quirúrgica en la que se extirpa el bazo. El bazo es un órgano que desempeña un papel fundamental en la eliminación de las plaquetas.

Durante los ocho primeros meses de embarazo, se administra tratamiento si la cifra de plaquetas es inferior a 20 000 μ l de sangre o si la paciente embarazada presenta hemorragias. Hacia el final del embarazo, el objetivo de cifra de plaquetas que se busca alcanzar es superior a 70 000 μ L para permitir el tratamiento epidural si se solicita.¹

Efectos secundarios frecuentes:	Tiempo de respuesta característico
Primera línea	
Cambios de humor, ira, ansiedad, insomnio y otros trastornos del sueño, aumento de peso, cara hinchada y más redondeada, irritación estomacal, úlceras, presión arterial elevada, hiperglucemia y retención de líquidos.	Respuesta inicial: 5-14 días; en muchos casos, la respuesta se produce en 2-3 días.
Dolor de cabeza; síntomas gripales (rubefacción, náuseas, fiebre, escalofríos, malestar general). Efectos secundarios raros: Meningitis aséptica, presión arterial más baja de lo normal, hemólisis (descomposición de los glóbulos rojos), insuficiencia renal, trombosis (coágulos de sangre) y anafilaxia (alergia grave).	24-48 horas
Segunda línea	
Reacciones a la infusión IV, especialmente con la primera. Efectos secundarios raros: enfermedad del suero, neutropenia de aparición tardía e infección. Véase la advertencia de reacciones adversas en la tabla de tratamientos accesible en https://www.pdsa.org/treating-tp.html .	1-7 semanas
<p><u>Eltrombopag</u>: Náuseas, aumento de las enzimas hepáticas, dolor de cabeza. La cifra de plaquetas puede descender súbitamente si se interrumpe de forma brusca la administración del medicamento. Se han notificado casos de trombosis (coágulos sanguíneos), hepatotoxicidad (lesión hepática) y reticulina de la médula ósea (cicatrización fibrosa), pero son efectos secundarios raros.</p> <p><u>NPlate</u>: Dolor de cabeza, dolor articular y muscular. La cifra de plaquetas puede descender súbitamente si se interrumpe de forma brusca la administración del medicamento. Se han notificado casos de trombosis (coágulos sanguíneos) y reticulina de la médula ósea (cicatrices fibrosas), pero son efectos secundarios raros.</p>	1-3 semanas
Tercera línea	
Puede producirse hepatotoxicidad (lesión hepática). Efectos secundarios raros: neutropenia (disminución de glóbulos blancos), que aumenta el riesgo de infecciones bacterianas graves, y caída del cabello.	3-6 meses
Presión arterial elevada, temblor, dolor muscular, crecimiento excesivo del tejido gingival, dolor de cabeza, irritación estomacal, neuropatía (dolor nervioso) y disminución de la concentración de magnesio. Efectos secundarios raros: hipertensión grave (presión arterial alta) y daño vascular que provoca hemólisis, trombocitopenia e insuficiencia renal. Pueden producirse infecciones.	3-4 semanas
Molestias quirúrgicas inmediatas. Hospitalización durante 2-3 días si no hay complicaciones. La mayoría de las pacientes pueden volver a su nivel de actividad normal a las 6 semanas. Efectos secundarios raros: mayor riesgo de por vida de infección sanguínea (síndrome séptico) y trombosis (coágulos sanguíneos); el 70-80 % tienen una respuesta inicial, mientras que el 10-15 % no tienen una respuesta significativa y ~50-70 % tendrá una respuesta a largo plazo (3-5 años), ya que aproximadamente el 30 % recaerán.	1-3 días

Bibliografía:

Fogerty AE, Kuter DJ. How I treat thrombocytopenia in pregnancy. *Blood*. 2024;143(9):747-756.

AÑOS FÉRTILES: TROMBOCITOPENIA, PTI Y EMBARAZO

«Me diagnosticaron PTI cuando estaba embarazada de mi hijo mayor, Ryan. Inesperadamente, me quedé embarazada de Sloane. Los dos están muy sanos y me mantienen alerta, ya que se llevan 15 meses de diferencia.»

— DEBBIE

P ¿Si una persona tuvo trombocitopenia durante el embarazo, ¿significa que tiene PTI??

R No. Durante el embarazo, la cifra de plaquetas disminuye aproximadamente un 10 % en las mujeres. Esto provocará que algunas mujeres se vuelvan trombocitopénicas, lo que solo significa que tienen una cifra de plaquetas inferior a la normal de forma transitoria. Normalmente es leve, superior a 70 000 plaquetas ($\times 10^9/l$) en el 95 % de los casos, y sin repercusión en la salud materna o fetal. Este tipo de trombocitopenia recibe distintos nombres, como trombocitopenia gestacional, incidental o benigna del embarazo.

P ¿La trombocitopenia está asociada al embarazo?

R Se ha observado trombocitopenia en el 7 %-10 % de los embarazos. En los embarazos sin complicaciones, la cifra de plaquetas suele descender alrededor de un 10 %. En la mayoría de las mujeres, esta disminución de las plaquetas no provoca trombocitopenia. No obstante, si una mujer se encuentra en el extremo inferior del intervalo normal, digamos 160 000 plaquetas ($\times 10^9/l$), y sus plaquetas disminuyen un 10 % hasta 144 000, se consideraría trombocitopénica. Es lo que se conoce como trombocitopenia gestacional, en la que el curso natural del embarazo provoca cambios en el organismo de la persona que conducen a una menor cifra de plaquetas. No se conocen a fondo las causas de este descenso de la cifra de plaquetas durante el embarazo. La trombocitopenia gestacional representa el 75 % de las trombocitopenias durante el embarazo, especialmente en aquellas mujeres que presentan trombocitopenia en el tercer trimestre y cuya cifra de plaquetas sigue siendo superior a 100 000.

P ¿Cómo se diagnostica la PTI durante el embarazo?

R Debe sospecharse un diagnóstico de PTI en cualquier momento del embarazo en que la cifra de plaquetas descienda por debajo de 50 000, especialmente durante los dos primeros trimestres.

Para diagnosticar eficazmente la PTI durante el embarazo, el médico o profesional sanitario debe analizar todos los antecedentes médicos, teniendo en cuenta los síntomas hemorrágicos. A las pacientes embarazadas también se les preguntará sobre cualquier enfermedad reciente, infecciones, uso de medicamentos y sus antecedentes familiares para comprender mejor la causa de una cifra baja de plaquetas. El reconocimiento médico incluye la comprobación de la existencia de hipertensión arterial e infecciones. Entre las pruebas de laboratorio que se realizan para descartar otras causas de una cifra baja de plaquetas figuran el hemograma completo, el frotis de sangre periférica, el análisis de coagulación, las pruebas tiroideas, las pruebas víricas y las pruebas inmunológicas. Dependiendo de lo que disminuya la cifra de plaquetas y de los síntomas, el médico puede realizar pruebas que descarten otras causas para las plaquetas bajas. En algunos casos, los médicos comprobarán la presencia de anticuerpos antiplaquetarios, realizarán pruebas para detectar otras enfermedades, como el lupus, y quizá hagan un aspirado de médula ósea.

Es posible que un médico no pueda hacer un diagnóstico inequívoco de PTI durante el embarazo, pero, en general, cuando no se encuentra ninguna otra causa que explique una cifra de plaquetas muy baja, el diagnóstico suele ser PTI. No existe una prueba definitiva para detectar la PTI y resulta muy difícil diferenciarla de la trombocitopenia gestacional, que es más frecuente, si no se dispone de una cifra reciente de plaquetas previa al embarazo.

P ¿Qué expectativas debe tener una persona con PTI durante el embarazo?

R Con planificación, un buen equipo de médicos y la medicina moderna actual, es sumamente raro que una mujer con PTI no pueda superar con éxito el embarazo y el parto. Durante el embarazo, las pacientes con PTI se

preocupan por mantener una cifra plaquetaria adecuada (de entre 20 000 y 30 000). Los anticuerpos de la PTI pueden aumentar el riesgo de un mal desenlace del embarazo. A medida que el embarazo avanza hacia el parto, es posible que sea necesario aumentar la vigilancia fetal, lo que incluye efectuar ecografías en el tercer trimestre. Todas estas preocupaciones pueden ser controladas por el equipo médico.

P ¿Cuáles son las preocupaciones durante el parto para una paciente embarazada con PTI?

R Las preocupaciones en el parto son el periodo de dilatación, las complicaciones maternas y fetales, el parto vaginal, el posible parto por cesárea y el alivio del dolor durante y después del parto. A las personas con PTI se les añade la preocupación de tener una cifra de plaquetas adecuada para el parto (70 000 o superior) que les permita la opción de someterse a una intervención con anestesia raquídea o epidural. Entre los planes de tratamiento pueden estar la prednisona, la IgIV y, posiblemente, la transfusión de plaquetas. El recién nacido solo padecerá trombocitopenia en un 2 % de los casos. Esto es más probable si la madre tiene trombocitopenia grave. En el periodo posparto, existen preocupaciones adicionales sobre hemorragias, infecciones, complicaciones de las heridas, cifra suficiente de plaquetas y alivio del dolor sin utilizar AINEs.

P ¿Es necesario que una mujer con trombocitopenia gestacional acuda a un obstetra o hematólogo de alto riesgo o especial?

R Algunas pacientes embarazadas con trombocitopenia gestacional leve no requieren la atención de un especialista de alto riesgo. Sin embargo, diferenciar la trombocitopenia gestacional de la PTI primaria cuando una persona está embarazada es difícil, por lo que es aconsejable consultar con el médico o profesional sanitario la necesidad de cuidados especiales.

P ¿Qué probabilidades hay de que el bebé nacido de una persona con trombocitopenia gestacional sea trombocitopénico?

R Padecer trombocitopenia gestacional no significa que el recién nacido vaya a tener también una cifra baja de plaquetas. La cifra de plaquetas de la madre suele normalizarse en los dos meses siguientes al parto.

P ¿Existe una cifra de plaquetas que deba mantenerse durante el embarazo para proteger a la embarazada y al feto?

R La opinión unánime es que, con una cifra de plaquetas de 50 000 o superior, tanto la paciente embarazada como el feto están a salvo. La mayoría de los médicos no tratarán la PTI durante el embarazo si la cifra de plaquetas se mantiene en este nivel o por encima de él. De hecho, muchos médicos consideran que una cifra de plaquetas por encima de 20 000 o 30 000 es segura durante el embarazo, pero la mayoría quieren que esté por encima de 50 000 cuando se aproxima el término y entre 75 000 y 100 000 para aplicar una anestesia epidural.

P ¿Puede una persona con trombocitopenia tener un parto vaginal??

R Sí, no hay ningún motivo médico para que la trombocitopenia gestacional o la PTI impidan un parto vaginal. En varios informes se describen partos vaginales en los que la cifra de plaquetas de la madre es inferior a 20 000 o 30 000, sin dificultades ni problemas para la madre o el bebé. Estos informes son tranquilizadores, pero, como medida de precaución, la mayoría de los médicos prefieren una cifra de plaquetas superior a 50 000 en el momento del parto, en prevención de que sea necesario practicar una cesárea por razones obstétricas. Hasta hace poco, se recomendaban los partos por cesárea a las personas con PTI porque, sin una forma segura y fiable de determinar la cifra de plaquetas fetales, se pensaba que los rigores de un parto vaginal eran demasiado arriesgados para el recién nacido. La experiencia ha demostrado que los riesgos asociados a

«Tengo 29 años y me sometí a una esplenectomía hace poco más de un año, después de que me diagnosticaran PTI cuando estaba embarazada de mi hijo. Mis cifras de plaquetas oscilaban entre 5000 y 15 000. Mi hijo nació 4 semanas antes de lo previsto, con las plaquetas bajas, pero después de recibir IgIV le ha ido de maravilla. Mi marido y yo estamos pensando en tener otro hijo.»

— JESSICA

los partos por cesárea son mayores que el riesgo de parto vaginal para la madre. El método de parto debe decidirse en función de las condiciones obstétricas, no de la PTI.

P ¿Qué trastornos sistémicos pueden estar implicados en la trombocitopenia asociada al embarazo?

R En la trombocitopenia asociada al embarazo puede estar implicado un trastorno sistémico. Entre ellos se encuentran la preeclampsia, el síndrome HELLP (una complicación obstétrica potencialmente mortal que se considera una forma grave de preeclampsia), la púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), el lupus y los anticuerpos antifosfolipídicos, la CID (coagulación intravascular diseminada: hemorragia y coagulación anormales) e infecciones víricas como el VIH, el VEB y el CMV. También debe sopesarse la posibilidad de una esplenomegalia (bazo agrandado) y una disfunción de la médula ósea. Para obtener información detallada sobre estos trastornos, consulte la sección Anexo de este folleto.

P ¿Qué cifras de plaquetas se recomiendan para un parto por cesárea, una episiotomía y una anestesia epidural?

R No existe consenso sobre la cifra mínima de plaquetas para los distintos procedimientos médicos. Aunque muchos médicos consideran que una cifra de plaquetas superior a 50 000 es segura para un parto por cesárea, para la anestesia epidural se recomiendan cifras superiores, de entre 75 000 y 100 000.

P ¿Los bebés de madres con trombocitopenia corren el riesgo de sufrir otros problemas además de trombocitopenia y hemorragias? ¿Cuál es la causa de un bajo número de plaquetas?

R Cuando la cifra de plaquetas del lactante alcanza un nivel seguro, no hay otros riesgos que se deriven necesariamente de la trombocitopenia neonatal. La trombocitopenia puede producirse en lactantes con un problema inmunitario. Las cifras bajas suelen producirse

entre dos y cinco días después del nacimiento, pero pueden durar semanas o meses.

P Si un niño nace con trombocitopenia, ¿qué tratamientos se utilizan para mantener una cifra de plaquetas más segura?

R El tratamiento más utilizado para aumentar la cifra de plaquetas de un recién nacido es la IgIV, aunque también se utilizan corticosteroides. Si un lactante presenta una cifra baja de plaquetas y una baja puntuación de Apgar (una prueba que se les hace a todos los lactantes al nacer para evaluar las constantes vitales) o cualquier indicio de una alteración neurológica, deben realizarse otras pruebas.

P ¿Existe una cifra mínima de plaquetas necesaria para amamantar con seguridad?

R No. La lactancia materna puede llevarse a cabo con seguridad tras embarazos complicados por PTI o trombocitopenia gestacional. Algunos médicos señalan que los anticuerpos antiplaquetarios pueden transmitirse al recién nacido en el calostro de las madres con PTI. Sin embargo, no hay pruebas de que los niños amamantados por madres con PTI corran un riesgo mayor.

P ¿Hay algún tratamiento que deba evitarse durante la lactancia?

R La mayoría de los tratamientos utilizados habitualmente para la PTI pueden tener riesgos para el hijo de una madre lactante, pero no se han estudiado. Los medicamentos que suelen evitarse durante la lactancia son: el danazol (Danatrol®), el rituximab (Mabthera®, Rixaton®, Truxima®, Ruxience®), los AR-TPO, la ciclofosfamida (Genoxal®), el micofenolato de mofetilo (CellCept®) y la azatioprina (Imurel®, Immufalk®). Esta lista no pretende ser exhaustiva. Aunque se desconocen los riesgos de utilizar estos medicamentos durante la lactancia, pueden pasar a la leche materna.

Con supervisión, hay situaciones en las que puede ser seguro utilizar estos medicamentos durante la lactancia.

Sería importante comentar las opciones de tratamiento durante la lactancia con un profesional sanitario, como un hematólogo con experiencia en PTI, además de con un pediatra o neonatólogo, en relación con los riesgos asociados a estos medicamentos.

Nota: La prednisona, en dosis de 20 mg/día o menos, se considera segura durante el embarazo, aunque algunos expertos recomiendan no dar de mamar durante tres o cuatro horas después de tomar el fármaco.

P ¿Qué otras cosas puedo hacer, como cambios en mi estilo de vida, que puedan ser útiles durante el embarazo o la lactancia?

R Lo mejor que puede hacer es todo aquello que se sabe que es importante para mantener una buena salud general. Una dieta sana y equilibrada que incluya cereales integrales, frutas y verduras frescas, especialmente verduras de hoja verde, es una buena forma de mantener la salud general durante el embarazo y la lactancia. También es importante hacer ejercicio y dormir lo suficiente. Asegúrese de consultar a su médico antes de empezar cualquier programa de ejercicio. El embarazo y el parto pueden generar en algunas mujeres un estrés que supera los niveles saludables o tolerables. Se ha demostrado que los niveles altos de estrés, más allá de un nivel normal o saludable, comprometen la salud general. Por lo tanto, es esencial controlar el estrés para mantenerlo en un nivel tolerable. Hay muchas formas de hacerlo; entre ellas, técnicas de relajación, respiración profunda, meditación y comunicación con otras embarazadas y madres recientes con PTI.

P ¿Dónde puedo conocer a otras personas, en concreto madres recientes, con PTI?

R Existen varias formas de conocer a otras personas con PTI, como hacerse socia de la PDSA para disfrutar de descuentos en nuestros congresos anuales. Puede unirse a grupos de apoyo a través de la PDSA. La PDSA también mantiene un grupo privado de apoyo en Facebook para recibir apoyo en línea e inmediato de otras personas con PTI, incluidas otras madres con PTI.

PREMENOPAUSIA

P ¿Cuáles son las preocupaciones de una paciente con PTI que está en la perimenopausia?

R Durante la perimenopausia, las personas con PTI suelen tener muchas preguntas sobre la reposición hormonal, las citologías vaginales, los periodos irregulares y más abundantes y las afecciones ginecológicas asociadas con el sangrado menstrual abundante, como fibromas, pólipos e hiperplasia endometrial. También hay que tener en cuenta las hemorragias provocadas por la cirugía ginecológica y el uso de AINEs para aliviar el dolor. Todos estos temas deben tratarse con un especialista, como su hematólogo o ginecólogo.

P ¿Cuáles son las opciones para el tratamiento de los sangrados menstruales abundantes en mujeres premenopáusicas?

R Además de las opciones ya comentadas, para algunas personas que no planean un futuro embarazo, existen otras dos opciones: la ablación endometrial (extirpación del revestimiento uterino) y la histerectomía (extirpación del útero). La histerectomía elimina el sangrado, tiene los riesgos normales de la cirugía y requiere una cifra de plaquetas de 50 000 o superior.



MENOPAUSIA

P ¿Cuáles son las preocupaciones durante la menopausia?

«Me sometí a un tratamiento con corticosteroides, infusiones intravenosas de muchos tipos y quimioterapia durante dos años. En todo ese tiempo, la PDSA fue mi único recurso y mi única red. Pude compartir mis sentimientos y opciones de tratamiento con personas que sabían exactamente de dónde venía, que podían comprenderme y ofrecerme sugerencias. Estoy en deuda con la PDSA por el apoyo, el aliento y la ayuda que recibí.»

— VERONICA

R Además de las preocupaciones de la premenopausia, quien esté en la menopausia también puede hacerse a la idea de tener que enfrentarse a sofocos, irritación vaginal, intervenciones quirúrgicas ginecológicas y métodos diferentes a los AINEs para el alivio del dolor. Es posible que algunas mujeres empiecen un tratamiento de reemplazo hormonal en este momento. Para intervenciones quirúrgicas menores y odontológicas se necesitan cifras plaquetarias adecuadas de al menos 50 000. Para alcanzar las cifras más altas necesarias para cirugía mayor, las mujeres pueden necesitar tratamiento con corticosteroides, IgIV, anti-D (Rh), rituximab o medicamentos estimulantes de las plaquetas, como los AR-TPO. Es posible que algunas opten por la esplenectomía.



El seguimiento de la cifra de plaquetas y la vigilancia de los síntomas hemorrágicos siguen siendo importantes en todas las etapas de la vida. Algunas personas pueden probar suplementos a base de plantas medicinales para aliviar las molestias de la menopausia, pero deben consultar a su médico o profesional sanitario para asegurarse de que no provocan hemorragias ni interfieren con el tratamiento actual de la PTI.

POSMENOPAUSIA

P ¿Cuáles son las preocupaciones de las mujeres con PTI que han finalizado la menopausia y ahora se consideran posmenopáusicas?

R Para las pacientes posmenopáusicas, los problemas ginecológicos son, entre otros, incontinencia de orina o heces, problemas de la piel vulvar y cáncer. A las personas mayores con PTI también les preocupa el abordaje de las hemorragias relacionadas con cualquier intervención quirúrgica y el alivio del dolor sin el uso de AINEs.

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

R Las mujeres posmenopáusicas pueden utilizar algunos de los tratamientos para la PTI utilizados por las que se encuentran en otros momentos de su ciclo vital. Por ejemplo, corticosteroides, IgIV y anti-D (Rh). Si conservan el bazo y tienen un grupo sanguíneo positivo (denominado Rh+), puede considerarse la posibilidad de recurrir a rituximab, a los AR-TPO o a la esplenectomía. La esplenectomía tiene menos probabilidades de éxito en pacientes mayores de 60 años. En el caso de las personas mayores, existe la preocupación de que el uso prolongado de corticosteroides pueda contribuir a una posible osteoporosis o prediabetes. Para determinar las opciones de tratamiento puede hablarse con el médico de la paciente.

P ¿Dónde puedo obtener más información?

R La PDSA dispone de abundante información sobre los temas de este folleto, así como información adicional sobre la PTI, en pdsa.org. La PDSA también publica un boletín electrónico mensual y un boletín trimestral para los socios, además de poner en contacto a pacientes y cuidadores con publicaciones y artículos relevantes de otras fuentes acreditadas. Cada año, la PDSA celebra un congreso y una reunión por zonas, y facilita grupos de apoyo en Estados Unidos y Canadá. A medida que se amplían los programas y los recursos, la PDSA sigue ofreciendo servicios para llegar al mayor número posible de pacientes con PTI, cuidadores y profesionales de la salud.

ANEXO

La **preeclampsia** es una enfermedad que afecta a algunas mujeres embarazadas. Se diagnostica por el aumento de la tensión arterial de la futura madre, generalmente después de la vigésima semana de embarazo, y la aparición de un exceso de proteínas en la orina. Algunos síntomas importantes que pueden indicar la presencia de preeclampsia son cefaleas, dolor abdominal, alteraciones visuales como hipersensibilidad a la luz, visión borrosa, visión de puntos intermitentes o auras, dificultad para respirar o ardor detrás del esternón, náuseas y vómitos, confusión o mayor ansiedad.

La preeclampsia y los trastornos hipertensivos del embarazo relacionados afectan a entre el 5 % y el 8 % de los nacimientos en EE. UU. La mayoría de las mujeres con preeclampsia dan a luz a un bebé sano y se recuperan totalmente. Aunque, algunas sufren complicaciones que pueden poner en peligro la vida de la madre o del bebé. Una paciente embarazada puede pasar rápidamente de una forma de preeclampsia leve a una grave. Su mejor protección es la atención médica adecuada durante el embarazo.

El síndrome **HELLP** es una de las formas más graves de preeclampsia. HELLP son las siglas en inglés de «hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas». El síndrome HELLP se da en entre el 5 % y el 12 % de las pacientes preeclámpticas. Puede provocar lesiones en el hígado de la madre, una descomposición de sus glóbulos rojos y una cifra baja de plaquetas. Al principio, el HELLP puede confundirse con la gripe o con problemas de vesícula biliar, ya que los dolores pueden ser similares, y puede aparecer antes que los síntomas clásicos de la preeclampsia. Lo más importante que usted debe recordar en relación con el HELLP y la preeclampsia es que debe escuchar a su cuerpo. Si no se siente bien o tiene alguno de los síntomas, póngase en contacto con su profesional sanitario inmediatamente.

La **púrpura trombocitopénica trombótica (PTT)** es un trastorno sanguíneo que provoca la formación de coágulos de sangre en pequeños vasos sanguíneos de todo el cuerpo y da lugar a una cifra baja de plaquetas (trombocitopenia). Esta enfermedad puede deberse a la falta de una enzima (un tipo

de proteína) que interviene en la coagulación de la sangre, o a problemas con ella. Estas alteraciones hacen que la coagulación se produzca de forma anómala. Al aglutinarse las plaquetas en estos coágulos, hay menos plaquetas disponibles en la sangre en otras partes del cuerpo para ayudar a la coagulación.

Esto puede provocar hemorragias bajo la piel y manchas de color púrpura. En algunos casos, la PTT se transmite de padres a hijos (es hereditaria) y los pacientes nacen con concentraciones naturalmente bajas de esta enzima. El nombre de esta enzima es ADAMTS13, también conocida como proteasa de escisión del factor de Von Willebrand (VWF). Esta enzima escinde el factor de Von Willebrand (FVW), una proteína de gran tamaño que interviene en la coagulación de la sangre. La plasmaféresis es el tratamiento de preferencia para la PTT.

El **lupus y los anticuerpos antifosfolipídicos** (también conocidos como síndrome antifosfolipídico [SAF]) son enfermedades autoinmunitarias sistémicas. El lupus ataca las células y los tejidos del organismo, lo que provoca inflamación y daño tisular debido a la formación de complejos inmunitarios. El SAF se debe a la producción autoinmunitaria de anticuerpos antifosfolipídicos (AFL), una sustancia de la membrana celular.

La **coagulación intravascular diseminada (CID)** es una activación patológica de los mecanismos de coagulación de la sangre que se produce en respuesta a diversas enfermedades. La CID provoca la formación de pequeños coágulos de sangre en el interior de los vasos sanguíneos de todo el cuerpo. Como los pequeños coágulos consumen proteínas de la coagulación y plaquetas, la coagulación normal se interrumpe y se producen hemorragias anormales en la piel (por ejemplo, en lugares donde se tomaron muestras de sangre), el tubo digestivo, las vías respiratorias y las heridas quirúrgicas. Los pequeños coágulos también interrumpen el flujo sanguíneo normal a los órganos (como los riñones), que, como consecuencia, pueden funcionar mal.

Infecciones víricas (VIH, VEB y CMV): las infecciones víricas son sistémicas. Esto significa que afectan a muchas partes diferentes del organismo o a varios aparatos y sistemas al mismo tiempo; por ejemplo, secreción nasal, congestión de los senos paranasales, tos, dolores corporales, etc. Algunas personas presentan infecciones víricas crónicas o persistentes, como el VIH, el VEB y el CMV.

El **VIH** es el virus de la inmunodeficiencia humana. El VIH causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). El sida es una enfermedad humana en la que el fallo progresivo del sistema inmunitario permite el desarrollo de infecciones oportunistas y cánceres potencialmente mortales. El VIH puede transmitirse de la madre al feto, pero la atención médica especializada puede reducir considerablemente esta posibilidad.

VEB: el virus de Epstein-Barr es un virus de la familia del herpes, que incluye los virus del herpes simple 1 y 2, y es uno de los virus más comunes en los seres humanos. Es conocido sobre todo por ser la causa de la mononucleosis infecciosa. También está asociado a determinadas formas de cáncer, en particular el linfoma de Hodgkin. El VEB también puede transmitirse de la mujer embarazada al feto.

CMV: el citomegalovirus es un virus de la familia de los herpesvirus que suele infectar a los seres humanos. Aunque las infecciones por citomegalovirus son muy frecuentes, la mayoría de las personas infectadas no se sienten enfermas ni notan la infección. Otras, sobre todo las que tienen el sistema inmunitario debilitado, presentan síntomas parecidos a los de la mononucleosis. Las personas cuyo sistema inmunitario está debilitado también son más propensas a presentar infecciones del tubo digestivo, los ojos o los pulmones.

Las infecciones por citomegalovirus suelen resolverse por sí solas sin tratamiento, pero los síntomas pueden tardar semanas o meses en desaparecer por completo. La fiebre suele desaparecer en 10 días, pero si se inflaman el bazo y los ganglios linfáticos, la inflamación puede tardar un mes en desaparecer. El cansancio puede ser persistente. El citomegalovirus se propaga directamente por contacto de persona a persona e indirectamente por el aire cuando una persona infectada tose o estornuda. Puede propagarse a través de la saliva y otros fluidos corporales. El citomegalovirus también puede transmitirse de una mujer embarazada al feto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bussel, J.B., "Fetal and Neonatal Cytopenias: What Have We Learned?" American Journal of Perinatology, Vol 20, 2003: pp 425-432.
2. Cines, D.B., Bussel, J.B., "How I Treat Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP)," Blood, Vol 106, No 7, (October), 2005: pp 2244-2251.
3. Gernsheimer, T.B., James, A.H., "Women and ITP," presentado en la 2010 ITP Conference, Las Vegas (NV, EE. UU.).
4. Gill, K.K., Kelton, J.G., "Management of Idiopathic Thrombocytopenic Purpura in Pregnancy," Seminars in Hematology, Vol 37, No 3 (July), 2000: pp 275-289.
5. James, A.H., "Women and ITP," presentado en la 2009 ITP Conference, Orlando (FL, EE. UU.).
6. Johnson, J.R., Samuels, P., "Review of Autoimmune Thrombocytopenia: Pathogenesis, Diagnosis, and Management in Pregnancy," Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol 42, No 2 (June), 1999: pp 317-326.
7. Kaplan, C., "Autoimmune Thrombocytopenic Purpura and Pregnancy," The Platelet News, Vol 5, No 4 (Winter), 2004: pp 1-5.
8. McCrae, K.R., Samuels, P., Schreiber, A.D., "Pregnancy-Associated Thrombocytopenia: Pathogenesis and Management," Blood, Vol 80, No 11 (December), 1992: pp 2697-2714.
9. Sternberg, E.M., The Balance Within: The Science Connecting Health and Emotion, WH Freeman and Company, New 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, No 13 (December), 2003: pp 4306-4311.
11. Fogerty A.E., Kuter D.J. How I treat thrombocytopenia in pregnancy. Blood. 2024;143(9):747-756.

RECURSOS

LA PDSA OFRECE LOS SIGUIENTES RECURSOS PARA TRATAR LA PTI:

- Grupos de apoyo de conexión de pacientes con PTI por zonas: [PDSA.org/support-groups](https://pdsa.org/support-groups)
Línea de ayuda para la PTI: (440) 746-9003 o PDSA@PDSA.org
- Grupo de conversación en línea: [PDSA.org/discussion-group](https://pdsa.org/discussion-group)
- Tarjetas de emergencia médica y pulseras y colgantes de alerta médica para pacientes con PTI: [PDSA.org/shop](https://pdsa.org/shop)
- ITP POKE-R CLUBSSM Para dar fuerza a los niños con PTI: [PDSA.org/poke-r-club](https://pdsa.org/poke-r-club)
- Grupo de teleconferencia de padres: los niños participan los primeros 30 minutos para hablar entre ellos sobre la vida con PTI; después, los padres tienen la oportunidad de hablar y aprender unos de otros: [PDSA.org/kids-parents-group25](https://pdsa.org/kids-parents-group25)

Dependiendo de sus circunstancias, también puede resultarle útil otro de nuestros folletos. Puede encontrar todos nuestros folletos divulgativos en [PDSA.org/booklets](https://pdsa.org/booklets).

Muchos de ellos están disponibles en varios idiomas en [PDSA.org/translated-publications](https://pdsa.org/translated-publications).

- *Trombocitopenia inmunitaria*
(perfecto para compartir con la familia)
- *PTI infantil: preguntas frecuentes*
- *Cuando un niño tiene trombocitopenia inmunitaria: guía de recursos para padres*
- *Comprender la PTI: un cuento para niños sobre la trombocitopenia inmunitaria*
- *ITP Student Factsheet*
(hoja informativa perfecta para colegios)

- *PTI en adolescentes: preguntas frecuentes*
- *PTI en la adultez: preguntas frecuentes*
- *Vivir con PTI: respuestas a preguntas frecuentes*
- *Cómo afrontar la PTI: preguntas frecuentes*
- *The Role & Function of Platelets in ITP*
La importancia y la función de las plaquetas en la PTI

Si necesita más información sobre la PTI, más ejemplares de este folleto o asociarse a la PDSA, póngase en contacto con nosotros: Platelet Disorder Support Association, 8751 Brecksville Road, Suite 150, Cleveland, OH 44141 (EE. UU.) • tel (440) 746-9003 • PDSA@PDSA.org • PDSA.org

La Platelet Disorder Support Association se dedica a mejorar la vida de las personas con PTI y otros trastornos plaquetarios a través de la educación, la defensa, la investigación y el apoyo. Entre las ventajas para socios está nuestra publicación de 28 páginas, *The Platelet News*, y descuentos para el congreso anual ITP Conference.

Nuestro agradecimiento a la asesora médica de la PDSA, la Dra. Michele Lambert (MSTR), del Children's Hospital of Philadelphia (PA, EE. UU.), por su valiosa ayuda y aportación de información para este folleto divulgativo gratuito.

La PDSA es una organización acogida a las exenciones 501(c)3 de los EE. UU. Todas las contribuciones son desgravables. Esta guía de información para el paciente ha sido posible gracias a una donación educativa de **Novartis**.

La información contenida en esta guía tiene únicamente fines educativos. Para su situación médica concreta, consulte a un médico o profesional sanitario especializado.

Los nombres de empresas y productos reales aquí mencionados pueden ser marcas registradas de sus respectivos propietarios.

PUEDE USAR ESTE FORMULARIO PARA:

- HACER UNA DONACIÓN A PDSA
- UNIRSE A PDSA
- SOLICITAR INFORMACIÓN PARA CAMPAÑA DE RECAUDACIÓN

Marque las casillas correspondientes.

Agradecemos todas las donaciones a PDSA. (Por favor, haga los cheques pagaderos a PDSA) (No envíe dinero en efectivo)

- Me gustaría unirme a la Platelet Disorder Support Association (PDSA) para recibir material informativo y el boletín trimestral *The Platelet News* durante un año, y para ello adjunto 25 \$ como cuota de socio.
- Adjunto una donación a la PDSA por valor de: \$ _____.
- Me gustaría recaudar fondos para la PDSA. Envíenme información sobre campañas de recaudación de fondos.
- Me gustaría recibir una tarjeta identificativa de emergencia para la PTI (la primera es gratuita). Rellene los siguientes apartados:

Nombre completo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

País: _____ Código postal: _____

Ayúdenos a mantener actualizados nuestros registros rellenoando este apartado del formulario: Soy:

- un/a paciente con PTI
- padre/madre de un niño/a con PTI
- miembro de la familia
- famigo/otro profesional sanitario
- profesional del sector

Para obtener más información sobre la PTI y la PDSA, visite nuestra web, pdsa.org, o envíe un correo electrónico a pdsa@pdsa.org

ENVÍE ESTE FORMULARIO A:

Platelet Disorder Support Association

8751 Brecksville Road, Suite 150

Cleveland, OH 44141 (EE. UU.)

Puede llamar a la oficina de PDSA si necesita ayuda o si prefiere usar una tarjeta bancaria: (440) 746-9003.

PDSA es una organización sin ánimo de lucro acogida a las exenciones 501(c)(3) de los EE. UU. Todas las contribuciones son desgravables.



Platelet
Disorder
Support
Association

Empowering ITP Patients

Platelet Disorder Support Association
8751 Brecksville Road, Suite 150
Cleveland, OH 44141

tel +1-440-746-9003

pdsa@pdsa.org
pdsa.org