



UNIVERSIDAD DE CARABOBO SEDE ARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "DR. WITREMUNDO TORREALBA"
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
MARACAY ESTADO ARAGUA



**TROMBOCITOPENIA EN GESTANTES
EMERGENCIA OBSTETRICA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY,
2010-2012**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA

TUTOR:

DR. ALIX HERRERA

CI: 7249072

AUTORA:

ILIANA DE JESUS PEREZRAMIREZ

CI: 16528756

Maracay, Noviembre 2014

**TROMBOCITOPENIA EN GESTANTES EMERGENCIA OBSTETRICA DEL
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, 2010-2012**

AUTOR: Dra. ILIANA PEREZ

TUTOR: Dr. ALIX HERRERA

RESUMEN

Se plantea caracterizar los factores clínicos y epidemiológicos en gestantes con Trombocitopenia de la Emergencia Obstétrica del Hospital Central de Maracay en el periodo 2010-2012. Un total de 21 casos, y describir las características socio epidemiológicas de estas, identificar el tipo más frecuente y determinar la co-morbilidad y mortalidad de gestantes con Trombocitopenia; una investigación de tipo descriptiva, transversal, utilizando el diseño de campo no experimental documental retrospectivo. Como técnica de recolección de datos, la revisión de las historias médicas cuyo instrumento fue una tabla prediseñada y valorada por expertos, vaciados en una base de datos Excel 2010 y analizado con el SPSS v15.0, Su importancia radica en patologías que ponen en riesgo tanto a la madre como al feto; siendo la Purpura Trombocitopenia Inmunológica la más frecuente, y se presenta en mujeres jóvenes, se manifiesta en gran parte en su primera o segunda gesta, con una incidencia y prevalencia muy baja, con una alta probabilidad de complicación como hemorragia intracraneana, que no fallecieron, puede dejar secuelas y discapacidad permanente, para evitarlas es importante establecer un control prenatal de calidad, que ante manifestaciones o laboratorios que sugieran una Trombocitopenia, el obstetra no solo piense en que es atribuible a un trastorno gestacional dilucional si no que encamine hacia un buen estudio clínico para determinar su origen, y con ello evitar la morbi-mortalidad, las complicaciones severas, sus secuelas como es la discapacidad total y permanente por un evento hemorrágico predecible y prevenible.

Palabras clave: Trombocitopenia, gestantes, co-morbilidad, mortalidad, Emergencia Obstétrica.

**THROMBOCYTOPENIA PREGNANT IN CENTRAL EMERGENCY HOSPITAL
OBSTETRICS MARACAY, 2010-2012**

Author: Dra. ILIANA PEREZ

GUARDIAN DR. ALIX HERRERA

ABSTRAC

Arises characterize the clinical factors and epidemiological in pregnant with thrombocytopenia of the emergency obstetrical the hospital central Maracay in the period 2010-2012. A total of 21 cases and describe the socio epidemiological of these, identify the most common type and determine the co-morbidity and mortality of pregnant women with thrombocytopenia; an investigation of type descriptive cross using the design field not experimental retrospective. As technical data collection review of the stories medical whose instrument was a table clip art and valued by experts, empties into a data base excel 2010 and analyzed with SPSS V15.0, its importance lies in conditions that endanger both mother and fetus; being the most common immunologic thrombocytopenia, and it occurs in his first or second feat, with a incidence and prevalence very low, with a high probability of complication as the bleeding intracranial, who survived, you can leave sequelae and permanent disability, to avoid them is important to establish a quality prenatal care, that in demonstrations or laboratory suggestive of thrombocytopenia the obstetrician not just think that is attributable to a gestational disorder if not that will set a good clinic study to determine its origin, and thereby avoid the morbidity mortality severe complications, sequelae such as is total and permanent disability by a predictable and preventable hemorrhagic event.

Keywords: thrombocytopenia, pregnant, co-morbidity, mortality, emergency obstetrical.

INTRODUCCION

Las Trombocitopenias se definen como recuentos de plaquetas inferiores a 150.000/ul. Las plaquetas pueden presentar alteraciones cuantitativas tanto en exceso como en disminución. Se divide arbitrariamente en Trombocitopenia leve, con un recuento de plaquetas entre 100.000 y 150.000 plaquetas/mm, moderada entre 50.000 y 100.000 plaquetas/mm³ y grave con recuento menor de 50.000 plaquetas/mm³. Las Trombocitopenia se pueden manifestar con petequias, equimosis, epistaxis, gingivorragia, metrorragia y otras presentaciones clínicas menos frecuentes como hematuria, hemorragia digestiva o hemorragia intracraneana.⁽¹⁾

Puede decirse entonces que la Trombocitopenia es un trastorno en el cual se presenta un número de plaquetas insuficiente. Las plaquetas son células sanguíneas que ayudan a la coagulación de la sangre. Esta afección algunas veces se asocia con sangrado anormal.²

En general, se deben a 4 procesos fisiopatológicos: a) déficit en la producción de plaquetas. b) aumento de destrucción o consumo de plaquetas. c) distribución anormal de plaquetas. d) artefactos (error en el recuento, error de equipos), entre otros.⁽³⁾

Durante el embarazo se originan alteraciones del mecanismo hemostático debido a un acortamiento de la supervivencia de las plaquetas, con aumento de su producción y destrucción, por lo cual no hay efectos apreciables sobre los recuentos plaquetario.⁽⁴⁾

En numerosas investigaciones se ha demostrado que las complicaciones relacionadas con el embarazo presentan con frecuencia trastornos hemostáticos, que se expresan por episodios hemorrágicos, trombóticos o ambos, los que tienen una marcada influencia en la mortalidad materna. ⁽⁵⁾

Por otra parte, se ha comprobado que durante la gestación existe un estado de hipercoagulabilidad, por lo que se ha incluido en el grupo de las llamadas trombofilias adquiridas. En la tendencia trombótica del embarazo intervienen decisivamente elementos esenciales del mecanismo hemostático, el sistema de coagulación, las plaquetas y el mecanismo fibrinolíticos. ⁽⁶⁾

Estudios poblacionales han demostrado que las cifras de plaquetas disminuyen un 10% durante el embarazo, y la mayor caída se observa en el tercer trimestre, debido a la combinación de la hemodilución y al incremento del aclaramiento en relación con la activación plaquetaria. Aunque no está establecido cuál es el valor absoluto mínimo para excluir una Trombocitopenia gestacional, se considera que, en el caso de recuentos plaquetario inferior a $70-80 \times 10^9/L$, deben considerarse otras posibles causas de Trombocitopenia. ⁽⁵⁾

Las Trombocitopenias que se producen durante la gestación se clasifican en incidentales, asociadas a trastornos hipertensivos del embarazo, de origen inmunitario, autos inmunitarios o las dependientes de otras situaciones. ⁽⁷⁾

La causa de la Trombocitopenia no es clara. Se ha expuesto cierto grado de coagulopatía de consumo compensada durante la gestación, daño endotelial,

hemodilución, atrapamiento placentario, aumento de la activación y aclaramiento plaquetario e incluso purpura trombocitopénica inmunológica aún no diagnosticado. ⁽⁸⁾

El desafío queda planteado cuando la gestante presenta Trombocitopenia y hay otros posibles diagnósticos. Otras causas frecuentes de Trombocitopenia son los estados hipertensivos del embarazo que explican alrededor del 20% de estas Trombocitopenia. En un 4% se trata de desórdenes inmunes como el PTI o el lupus eritematoso sistémico (LES) entre otros. Causas menos frecuentes incluyen, coagulación intravascular diseminada (CID), púrpura Trombocitopénica trombótica (PTT), síndrome urémico hemolítico (SUH), síndrome HELLP, hígado graso agudo del embarazo (HGAE) y síndrome antifosfolípido (SAF). ⁽⁹⁾

El 5% de las embarazadas sufren una Trombocitopenia leve y asintomática a término (Trombocitopenia gestacional). Si la disminución del recuento plaquetario es mayor, menos de $70 \times 10^9/l$, o se produce en etapas más tempranas del embarazo, se diagnostica púrpura Trombocitopénica idiopática. La Trombocitopenia grave durante el embarazo se trata igual que la producida fuera de él; en la Trombocitopenia asintomática sólo se mantiene a la paciente en observación. (Sociedad Iberoamericana de Información Científica 2002). ⁽¹⁰⁾

La prevalencia de la Trombocitopenia es muy variable, se presenta en el 0,9% de las consultas de urgencia, y 25 a 45 % de los pacientes de cuidado intensivos según encuestas realizadas en hospitales de Estados Unidos de América. ⁽¹¹⁾

Sin embargo la incidencia en gestantes a nivel mundial y nacional no se encuentran registros de encuestas realizadas para determinarla, ni aun a nivel de

la organización mundial para la salud. En cuanto a nuestro estado tenemos que en las escuelas de especialización en ginecología y obstetricia como lo son la universidad de Carabobo y seguro social José María Carabaño Tosta aun no han realizado estudios con respecto a la trombocitopenia en gestantes según registros de trabajos especial de grado que reposan en dichas instituciones hasta la presente fecha.

Sosa (2012), en Montevideo Uruguay, investigó: Trombocitopenia y embarazo: Dilemas diagnósticos, bases del manejo terapéutico. Utilizando una investigación descriptiva de campo no experimental, concluye la investigación que durante el embarazo una Trombocitopenia puede ser explicada en casi el 95% de los casos por una Trombocitopenia gestacional o por complicaciones de los estados hipertensivos. Sin embargo, el clínico debe saber leer el contexto, precisar aún más el diagnostico y ampliar el espectro de posibilidades; sobre todo porque la diferenciación y el correcto diagnóstico pueden llevar a conductas terapéuticas dramáticamente distintas. ⁽¹²⁾

Peterson, K., Fuentes R., Lacassie, H. (2006), realizaron en Chile una investigación que titularon: Trombocitopenia y embarazo. El tipo de investigación fue descriptiva de campo no experimental. Llego a la conclusión, en que una paciente con antecedentes o con riesgo de Trombocitopenia, se debe realizar una evaluación clínica rigurosa para decidir el plan analgésico/anestésico, teniendo en cuenta el costo-beneficio de las distintas técnicas. ⁽¹⁾

Cabe considerar, por otra parte que durante el periodo 2010 al 2012, se registraron 21 casos de Trombocitopenia en gestantes bajo el código del CIE10 O99.1 en el Hospital central de Maracay, con una incidencia anual que va de 0,09 a 0,3% y con una tasa de 1,55 x 1000 gestantes atendidas, cabe destacar, que a pesar de no ser una de las patologías más comunes de esta institución su importancia radica en que existe una alta morbimortalidad materno-fetal durante el embarazo, el parto y el puerperio debido a sus complicaciones, e allí la importancia de realizar esta investigación, además una de sus complicaciones, como la hemorragia intracraneana es una de las más graves que pudieran ocasionar la muerte, se pretende estudiar las características de las Trombocitopenia en gestantes que ingresaron a la emergencia obstétrica del hospital central de Maracay, ya que se trata de una morbilidad que pone en peligro la vida de la gestante y al feto.

En la perspectiva que aquí adoptamos, se plantea como objetivo general, caracterizar los factores clínicos y epidemiológicos relacionados con Trombocitopenia en gestantes que ingresaron a la Emergencia Obstétrica del Hospital Central de Maracay durante el periodo 2010 al 2012, para tal fin se describe las características socio epidemiológicas de las gestantes con Trombocitopenia, así como se determina la co-morbilidad y mortalidad de gestantes con Trombocitopenia que ingresaron a la emergencia Obstétrica, se identifica el tipo de Trombocitopenia más frecuente en las gestantes, y por último se precisa el tipo de complicación que presentaron las gestantes.

La alteración plaquetaria más frecuente en la práctica clínica es la

Trombocitopenia, y la gestación no es una excepción. De allí la importancia de estudiar esta afección por lo que se considera interesante abordarlo, considerando que son escasos los trabajos de investigación relacionados con este tema.

El estudio reviste importancia debido a que este trastorno se ha convertido en un problema tanto de salud como socio económico ya que, las consecuencias podrían ser fatales como muerte materna, además el costo del tratamiento es muy alto y poco accesible. Es por ello el interés en realizar el presente estudio, considerando que aportará estadísticas actuales y permitirá evaluar y mejorar las acciones médicas previstas en beneficio de las gestantes para disminuir la morbi-mortalidad materna relacionada con la Trombocitopenia en la gestante.

Desde la perspectiva metodológica, esta investigación servirá de antecedente a otras investigaciones. Además de brindar la oportunidad de que los estudiantes de Medicina desarrollen los conocimientos necesarios para enfrentar esta problemática que se desarrolla en Emergencia Obstétrica con embarazadas que se presentan con diagnóstico de Trombocitopenia.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación está enmarcada en el carácter descriptivo, retrospectiva, un diseño transversal y de campo no experimental, documental, cualitativa. La población estuvo comprendida por las gestantes que ingresaron a la Emergencia Obstétrica del Hospital Central de Maracay durante el periodo del 2010 al 2012, un total 13572 gestantes aproximadamente, donde cabe afirmar, que durante el año 2010 se registraron 07 casos, para el año 2011 3 casos y por ultimo para el año 2012 se registran 11 casos de Trombocitopenia en gestantes bajo el código del CIE10 O99.1, considerando los datos del sistema de informática COSMO y apoyados en del Departamento de Registro y Estadísticas de Salud del Hospital Central de Maracay.

Para el cálculo de la incidencia, y consideración de la muestra son incluidas en su totalidad los 21 casos en un periodo de 3 años, que cumplieron con los criterios de inclusión como lo son todas aquellas gestantes que ingresaron con diagnostico de trombocitopenia independientemente de la edad gestacional o patología de base. Los datos obtenidos fueron recopilados en un instrumento previamente validado por expertos que incluyen las variables a relacionar y se asentaron en una base de datos de Microsoft Excel 2010, para ser analizados con paquete estadístico SPSS v15.0; para cálculos de frecuencias absolutas, los porcentajes absolutos y acumulados, promedios, Índice de confianza 95% y Desviación Estándar, así como asociaciones de variables y calculo de fuerza de asociación.

RESULTADOS

Tabla Nro. 01: Distribución porcentual y tasa de gestantes atendidas y con diagnóstico de Trombocitopenia Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay, 2010-2012.

Año	Gestantes Trombocitopenia		%
	atendidas	CIE10 O99.1	
2010	7042	7	0,09
2011	2829	3	0,10
2012	3671	11	0,30
Total	13542	21	1,551*

Fuente: Servicio de Registro y Estadísticas Médicas HCM, COSMO, * Tasa x 1000 mujeres atendidas por Servicio Emergencia Obstétrica HCM.

Durante el periodo 2010 al 2012, se registraron 21 casos de Trombocitopenia en gestantes bajo el código del CIE10 O99.1 en el servicio de Emergencia Obstétrica Hospital central de Maracay, con una incidencia anual que va de 0,09 a 0,3% y con una tasa de 1,55 x 1000 gestantes atendidas Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay.

Tabla Nro. 02: Gestantes con diagnostico de Trombocitopenia según municipio de procedencia Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay, 2010-2012.

Municipio (Edo. Aragua) y otros Estados	Nro.	%	% acumulado	IC95%
MUN. GIRARDOT	7	33,3	33,3	13,17-53,5 0
MUN. LINARES	4	19,0	52,4	2,25-35,84
ALCANTARA				
MUN. JOSE FELIX RIBAS	2	9,5	61,9	0-22,08
MUN. ZAMORA	2	9,5	71,4	0-22,08
OTROS MUNC	5	24,0	95,2	05-13,87
OTRO ESTADO	1	4,8	100,0	0-13,87
Total	21	100,0		

En su mayoría son procedentes del Edo. Aragua 95,2% y de este estado el municipio con mayor porcentaje es el Girardot en el orden del 33,3% (N: 21 IC95% 13,17-53,50), seguido del municipio Linares Alcántara con 19,0% que sumado al anterior constituye el 52,4% de la muestra.

Tabla Nro. 03: Edad de gestantes con diagnostico de Trombocitopenia

Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay, 2010-2012.

Edad	Nro.	%	%	IC95%
			acumulado	
15-19	6	28,57	28,57	9,25-47,89
20-24	8	38,10	66,67	17,32-58,87
25-29	4	19,05	85,71	2,25-35,84
30-34	2	9,52	95,24	0-22,08
35-39	1	4,76	100,00	0-13,87
Total	21	100		

Las edades de las gestantes están comprendidas entre 16 a 37 años con una moda de 18 y 22 años con tres casos cada una de estas edades y la media de 23 años, con una desviación estándar $\sigma=5,629$. Mas del 50% está comprendido por las menores de 24 años y el rango de 20 a 24 años es el de mayor porcentaje 38,10 % (N: 21 IC95% 17,32-58,87).

Tabla Nro. 04: Gestantes con diagnostico de Trombocitopenia según antecedentes familiares, Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay, 2010-2012.

Antecedentes	Nro.	%	% acumulado	IC95%
Familiares				
Ninguno	9	42,9	42,9	21,69-64,0
HTA	7	33,3	76,2	2 13,17-53,5
Diabetes	4	19,0	95,2	0 2,25-35,84
Asma	1	4,8	100,0	0-13,87
Total	21	100,0		

El 42,9% no presento ningún antecedente familiar, solo se reporta HTA con el 33,3%, Diabetes 19% y Asma 4,8%.

Tabla Nro. 05: Antecedentes personales de Gestantes con diagnostico de Trombocitopenia, Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay, 2010-2012.

Antecedente	Nro.	%	% acumulado	IC95%
s personales				
Ninguno	15	71,4	71,4	52,11-90,75
Asma	2	9,5	81,0	0-22,08
PTI	2	9,5	90,5	0-22,08
Hepatitis	1	4,8	95,2	0-13,87
Dengue	1	4,8	100,0	0-13,87
Total	21	100,0		

Según los antecedentes personales el 71,4% niega tener alguno, solo el 9,5% (2 casos) manifestó sufrir de Purpura Trombocitopénica Idiopática.

En cuanto a los hábitos Psico- biológicos el 100% de ella negaron consumir Alcohol, Tabaco y Sustancias Ilícitas.

Tabla Nro. 06: Gestantes con diagnostico de Trombocitopenia según nro. De gestas, Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay, 2010-2012.

GESTAS	Nro.	%	%	
			acumulado	IC95%
I	6	28,6	28,6	9,25-47,89
II	9	42,9	71,4	21,69-64,02
III	5	23,8	95,2	5,59-42,03
IV	1	4,8	100,0	0-13,87
Total	21	100,0		

La mayoría a la fecha del estudio se encontraba en su segunda gestas (42,9%).

Tabla Nro. 07: Gestantes con diagnostico de Trombocitopenia según nro. Paras, Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay, 2010-2012.

PARA	Nro.	%	%	
			acumulad	IC95%
Nulípara	13	61,9	61,9	41,13-82,6
Primigest	4	19,0	81,0	2,25-35,84
a				8
Múltipara	4	19,0	95,2	2,25-35,84
Total	21	100,0		

No obstante el 61,9% son nulíparas, dado que el 28,6% ha sido resuelta por vía alta cesárea, y 23,8 a presentado abortos. En cuanto al embarazo actual, la edad gestacional oscilo entre 15 a 40 semanas, con una media de 33,3 semanas, y una moda 38 semanas, con una desviación estándar de $\sigma = 7,761$, en cuanto a los controles prenatal, el 90,5% demostró estar en control, la media es de 5 controles cuyo valor mínimo fue de 1 y máximo de 10 controles, en cuanto al tipo

de asistencia médica de dicho control el 71,4% fue en entidad pública, solo el 14,3% fue privada, el 4,8% tanto público como privado, y solo el 9,5% no tuvo ningún control.

Tabla Nro. 08: Gestantes con diagnóstico de Trombocitopenia según anamnesis si presenta o no patología en el embarazo actual, Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay, 2010-2012.

PATOLOGIA.				
EN	Nro.	%	% acumulado	IC95%
EMB.ACTUAL				
NINGUNO	13	61,9	61,9	41,13-82,68
PTI	4	19,0	81,0	2,25-35,84
HTA	3	14,3	95,2	08-29,25
OTRAS	1	4,8	100,0	0-13,87
Total	21	100,0		

La mayoría manifestó que no presentaba patologías con el embarazo actual (61,9), solo el 19,0% dijo presentar Purpura Trombocitopénica Inmunológica.

Tabla Nro. 09: Dx. final según Tipo de trastorno trombocitopenico, en Gestantes con diagnostico de Trombocitopenia, Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay, 2010-2012.

TIPO	Nro	%	% acumulado	IC95%
PTI	8	38,1	38,1	17,32-58,87
Pseudotrombocitopeni	9	42,9	81,0	21,69-64,02
a No evaluada por hematólogo	4	19,0	100,0	2,25-35,84
Total	21	100,0		

El diagnostico más frecuente fue la Pseudotrombocitopenia con el 42,9% de la muestra, solo el 38,1% se diagnostico como PTI, y un 19% egreso sin ser evaluada.

Tabla Nro. 10: Relación entre método de Laboratorio mas empleado y Dx. final del Tipo de trastorno trombocitopenico, en Gestantes con diagnostico de Trombocitopenia, Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay, 2010-2012.

TIPO DE TROMBOCITOPENI	TIPO DE LABORATORIO							Total
	Frotis	Cultter	Frotis y Cultter	Conteo, Cultter	Cultter y aspira	Frotis,	Frotis,	
PTI	0	0	2	0	3	2	1	8
Pseudo-Trombocitopenia	2	1	4	2	0	0	0	9
No estudiado	0	4	0	0	0	0	0	4
Total	2	5	6	2	3	2	1	21

Se evidencia que para las PTI en el 50% (4) de los casos se uso como método de laboratorio, aparte del frotis y CULTTER el aspirado medular.

Tabla Nro. 11: Relación del Tipo de Trombocitopenia y Complicaciones, en Gestantes con diagnostico de Trombocitopenia, Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay, 2010-2012.

TIPO DE TROMBOC	Complicaciones		Total
	NO	SI	
PTI	4	4	8
Psudotromb.	9	0	9
No evaluadas	4	0	4
Total	17	4	21

Al relacionar las variables, tipo de Trombocitopenia y complicaciones en gran proporción las que se diagnosticaron como PTI sufrieron en el orden del 50% complicaciones, estadísticamente tiene una gran fuerza de asociación el presentar este trastorno y sufrir una complicación (N = 21; IC 95% 25,5-74,5;² = 8,029; gl de 2 y un valor de p = 0.018)

Tabla Nro. 12: Tipo de complicaciones Hematológicas, en Gestantes con diagnostico de Trombocitopenia PTI, Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay, 2010-2012.

COMPLICACIONES	Nro.	%	%	IC95%
H. Intracraneales	2	25,0	25,0	0-55,01
H. Intraparto operatorio	1	12,5	37,5	0-35,42
H. Gastrointestinales	1	12,5	50,0	0-35,42
Ninguna	4	50,0	100,0	15,35-84,65
Total	8	100,0		

H. = Hemorragia

La complicación hematológica más frecuentes en paciente con diagnostico de PTI es la Hemorragia intracraneana en el orden del 25%.

Tabla Nro. 13: Tipo de complicaciones noHematológicas, en Gestantes con diagnostico de Trombocitopenia PTI, Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay, 2010-2012.

COMPLICACIONES	Nro.	%	%	
			o	IC95%
Insuficiencia Renal	2	25,0	25,0	0-55,01
Aguda				
Convulsione	1	12,5	37,5	0-35,42
Ninguna	5	62,5	100,0	28,95-96,05
Total	8	100,0		

Dentro de las complicaciones no hematológicas la insuficiencia renal aguda es la más frecuente en las pacientes con este trastorno.

El alta médica en el 90,5 % fue por mejoría, el resto egresa contra opinión médica, no reportando el fallecimiento de alguna.

DISCUSIÓN

Durante el periodo 2010 al 2012, se registraron 21 casos de Trombocitopenia en gestantes bajo el código del CIE10 O99.1 en el servicio de Emergencia Obstétrica Hospital central de Maracay, con una incidencia anual que va de 0,09 a 0,3% y con una tasa de 1,55 x 1000 gestantes atendidas Servicio de Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay. Contrastando con Germán Capuzano⁽⁴⁾, quien afirma que la prevalencia de este trastorno en la población se presenta alrededor del 0,9 %. Siendo más baja nuestra incidencia.

En su mayoría son procedentes del Edo. Aragua 95,2% y de este estado el municipio con mayor porcentaje es el Girardot en el orden del 33,3% (N: 21 IC95% 13,17-53,50), seguido del municipio Linares Alcántara con 19,0% que sumado al anterior constituye el 52,4% de la muestra, esto es de esperar dado a que son unos de los municipios con mayor población y área de influencia más cercana a la institución.

Las edades de las gestantes, su media es de 23 años, y más del 50% está comprendido por las menores de 24 años siendo el rango de 20 a 24 años es el de mayor porcentaje 38,10 % (N: 21 IC95% 17,32-58,87). Lo que determina que es un trastorno cuyo diagnóstico en edades muy jóvenes, coincidiendo con Sergio Hottquien afirma que se presenta en mayor frecuencia en mujeres (mujer: hombre=2,6:1) en edad fértil.¹³

En cuanto a los datos socio económicos lo más resaltante es la ocupación en la

que predomina, ser Ama de Casa con el 57,1%, no obstante en un porcentaje no menos apreciable, el 38,1% aun está estudiando lo que refleja no tener un riesgo ocupacional o más aun tener un nivel educativo que permita reconocer y entender su trastorno hematológico.

El antecedente familiar, no es relevante salvo que se reporta que el 33,3% presenta antecedentes de HTA y Diabetes el 19%, que contrasta en cuanto a antecedentes personales que en el orden del 71,4% niega tener alguno, solo el 9,5% (2 casos) manifestó sufrir de Purpura Trombocitopénica Inmunológica como antecedentes lo que determina que si el total de ellas 8 casos de PTI, y solo lo manifestaron como antecedentes estas dos lo, 6 fueron diagnosticadas con el presente embarazo. A pesar que en su mayoría (42,9%), era su segunda gestación a la fecha del estudio, y solo el 23,8 manifestó haber presentado abortos como antecedentes.

En cuanto al embarazo actual, la media de 33,3 semanas, y una moda 38 semanas, con una desviación estándar de $s = 7,761$, lo que determina que fueron en su mayoría catadas en el tercer trimestre de su gestación contrastando que si en el 90,5% demostró estar en control, y tienen una media es de 5 controles no existió un diagnóstico previo de su Trastorno Hematológico, no obstante el 71,4% fue en entidad pública, solo el 14,3% fue privada, dando a entender el grado de responsabilidad que tiene el control prenatal en instituciones públicas de hacer pesquisa de esta entidad, no pudiendo atribuir que fue la falta de control dado que solo el 9,5% no tuvo ningún control, habría que estudiar no el número de controles si no también la calidad del mismo.

En su mayoría, el diagnóstico hematológico al ingreso fue la Trombocitopenia en estudio, (61,9%), solo 4 casos fue ingresado como PTI (19,0%), claro está que para hacer un diagnóstico certero hay que realizar pruebas diagnósticas adecuadas, de hecho una de las conductas con mayor proporción, fue la valoración por Servicio de Hematología (28,1%).

Una de las guías para establecer este diagnóstico de ingreso lo constituyó el comparar los grados de Trombocitopenia, en el control prenatal que se ubican entre leve y Moderada en el 52,4%, elevándose este renglón al ingreso a 71,4%, y que al egreso desciende este valor a 38,1%, egresando con valores normales el 38,1%, claro está en su mayoría posterior a la transfusión de concentrados plaquetario como parte de la conducta terapéutica.

El diagnóstico final más frecuente fue la Pseudotrombocitopenia con el 42,9% de la muestra, solo el 38,1% se diagnosticó como PTI, y un 19% egreso sin ser evaluada, lo cual concuerda con Sosa (2012) quien afirma que durante el embarazo una Trombocitopenia puede ser explicada en casi el 95% de los casos por una Trombocitopenia gestacional o por complicaciones de los estados hipertensivos.¹² Igualmente como Almagro quien hace referencia de la hemodilución que existe en el último trimestre de la gestación pudiendo explicar la causa de las mismas.⁵

No obstante a la hora de tomar una decisión de que laboratorio elegir al igual como parte del diagnóstico el más frecuente con el 28,6% se empleó el Frotis

de sangre periférica y CULTTER. Ahora bien se evidencia que para las PTI en el 50% (4) de los casos se uso como método de laboratorio, aparte del frotis y CULTTER el aspirado medular, siendo este ultimo el mejor método de diagnostico para esta patología, pero con la salvedad de ser mas invasivo y que a la hora de tomar decisión de realizarlo debe estar bien sustentado en una buena base clínica de diagnostico y bajo criterios bien sustentados.

Al relacionar las variables, tipo de Trombocitopenia y complicaciones en gran proporción las que se diagnosticaron como PTI sufrieron en el orden del 50% complicaciones, estadísticamente tiene una gran fuerza de asociación el presentar este trastorno y sufrir una complicación (N = 21; IC 95% 25,5-74,5; $\chi^2 = 8,029$; gl de 2 y un valor de p = 0.018) y de estas complicaciones la Hemorragia intracraneana en el orden del 25%, fue la más frecuentes, acompañada de la insuficiencia renal aguda y cabe recalcar que a pesar de esta serias complicaciones el 90,5% de las pacientes reflejadas en este estudio egresaron por mejoría, no reportándose fallecimiento de alguna, lo que refleja la calidad de atención prestada por el Servicio de Emergencia Obstétrica del Hospital Central de Maracay.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Concluyendo que, la Purpura Trombocitopénica Inmunológica aunque es la menos frecuente, es un trastorno hematológico que se ve en mujeres jóvenes y se manifiesta en gran parte en su primera o segunda gesta, que es un trastorno con una incidencia y prevalencia muy baja pero con una alta probabilidad de complicación en especial la hemorragia intracraneana, que aunque no fallecieron puede dejar secuelas y discapacidad permanentes, pero para evitar que esto ocurra es importante establecer un control prenatal público o privado que aparte de su número sea de calidad en la atención de la gestante, que ante las primeras manifestaciones o laboratorios que sugieran una Trombocitopenia en el control prenatal, el obstetra no solo piense en que es atribuible a un trastorno gestacional dilucional si no que piense mas allá y encamine hacia un buen estudio clínico para determinar su origen, y con ello evitar la morbi-mortalidad de estas gestante con este trastorno y antes que nada evitar las complicaciones severas y sus secuelas como es la discapacidad total y permanente por un evento hemorrágico predecible y prevenible.

REFERENCIAS

1. Petersen, K., Fuentes, R., Lacassie, H. Trombocitopenia y Embarazo. Departamento de Anestesiología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (2006)
2. Douglas, MJ. Las plaquetas, la anestesia regional y la parturienta. Jornada International of Anestesia Obstétrica. (2001).
3. Toso, M. Trombocitopenia: plaquetas insuficientes en sangre, causas, tratamiento.
<http://ve.globedia.com/trombocitopenia-plaquetas-insuficientes-sangre-causas-tratamiento>. (2009).
4. José Usandizaga & Pedro de la fuente obstetricia en su 4edicion 2011
5. Almagro, D. La hemostasia en el embarazo. Instituto de Hematología e Inmunología. Rev. Cubana HematolInmunolHemoter. (2000).
6. Peña, M., y Walter, J. (Factores asociados a la Trombocitopenia en la unidad de cuidados intensivos materno del IEMP de enero a Diciembre del año 2003. Oficina General del Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central de la UNMSM. (2004). México.
7. Douglas, MJ. Las plaquetas, la anestesia regional y la parturienta. Jornada International of Anestesia Obstétrica. (2001).
8. Stavrou E, McCrae KR. Trombocitopenia inmune durante el embarazo. (2009).
9. Fernández, A., López, M., Grande, C., Jarque, I., Martínez, R., Mingot, M., et. al.. Directrices de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la PTI: Documento de Consenso. <https://docs.google.com/viewer>. (2011)
10. Sociedad Iberoamericana de Información Científica Plaquetas. <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/cardio109web.htm>. (2002).
11. Campuzano, G. Trombocitopenia: más importante que encontrarla es saber porqué se presenta. Medicina & Laboratorio, Volumen 13, números 3-4. (2007)
12. Sosa, L. TROMBOCITOPENIA Y EMBARAZO: dilemas diagnósticos, bases del anejo terapéutico. <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php> (2012)
13. Hott, S., Queirolo, A., Veas, N., Rubio, G. Púrpura trombocitopénico idiopático y embarazo. Cesárea versus parto vaginal. RevChilObstetGinecol; 71(5): 327-332. (2006).