

# ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LA GESTANTE CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA.

## AUTORÍA

Almudena Barroso Casamitjana\*

Francisco José Navarro Bernal\*\*

Ana María Peralta Domínguez\*\*\*

\*Matrona. Hospital de Jerez.

\*\*Matrona. Centro de Salud de La Paz.

Matrona. Hospital de Can Misses.

## RESUMEN

La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) constituye un grave problema sanitario. De hecho, las enfermedades tromboembólicas en conjunto, incluidos la enfermedad coronaria y los accidentes vasculares cerebrales, conforman la primera causa de muerte en los países desarrollados.

El término enfermedad tromboembólica abarca diferentes formas de trombosis. De hecho, las trombosis venosas y la embolia pulmonar están tan indisolublemente unidas, que hoy se consideran dos aspectos de una misma entidad clínica: enfermedad tromboembólica venosa (ETV).

Dicha afección resulta muy frecuente en embarazadas, ya sea sola o como complicación resultante de otro proceso morboso: ETV gestacional.

Con una incidencia estimada de 1,4 casos por cada 1.000 nacimientos, la ETV gestacional sigue siendo en la actualidad una causa muy importante de morbimortalidad materna en los países desarrollados.

El manejo del episodio agudo, y muy especialmente las estrategias para su prevención durante la gestación y el puerperio, se consideran un problema a abordar desde los Servicios de Atención Especializada Sanitarios y de ahí surgió la propuesta de este trabajo para dar a conocer su correcto abordaje.

Específicamente en este documento detallaremos la conducta terapéutica a seguir en la gestante con ETV y los cuidados especializados de enfermería que la matrona llevará a cabo con la mujer.

## PALABRAS CLAVE

Gestante, embarazo, enfermedad tromboembólica venosa, terapéutica, cuidados, matrona, enfermería.

## TITLE

ATTENTION AND CARE OF PREGNANT ACUTE VENOUS THROMBOEMBOLISM.

## ABSTRACT

Venous thromboembolism (VTE) is a serious health problem. In fact, together thromboembolic diseases, including heart disease and stroke, make up the leading cause of death in developed countries.

The term thromboembolic disease encompasses different forms of thrombosis. In fact, venous thrombosis and pulmonary embolism are so inextricably linked, now consider two aspects of the same clinical entity: venous thromboembolism (VTE).

Such condition is very common in pregnant women, either alone or as a complication of another disease process resulting gestational ETV.

With an estimated 1.4 cases per 1,000 births incidence, gestational ETV remains today a major cause of maternal morbidity and mortality in developed countries.

The management of acute episodes, and especially the prevention strategies during pregnancy and the postpartum period are considered a problem to be addressed from Services Health Specialty Care and hence came the proposal of this work to publicize their correct approach.

Specifically in this document will detail the therapeutic action to take in the pregnant with ETV and specialized nursing care that the midwife held with women.

## KEYWORDS

Pregnant, pregnancy, venous thromboembolic disease, treatment, care, midwife, nurse.

## INTRODUCCIÓN

### Definición

El término trombosis fue introducido por Galeno en el pasado siglo XX, quien expresó que esta no era más que la obstrucción de la luz de un vaso por un trombo; a su vez, el eminente patólogo Alemán Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902) enunció que esta anormal situación vascular se produce condicionada por 3 factores: alteraciones de la pared del vaso, modificaciones de la sangre que circula en su interior y disminución de la velocidad sanguínea.

El término enfermedad tromboembólica abarca diferentes formas de trombosis. Al respecto, el tromboembolismo pulmonar (TEP) y la trombosis venosa profunda (TVP) deben considerarse parte de un mismo proceso fisiopatológico, pues 90 % de los primeros se producen por coágulos sanguíneos procedentes del sistema venoso de las extremidades inferiores. Con menor frecuencia el material embolizado puede ser aire, grasa ósea, líquido amniótico, cúmulos de bacterias o parásitos, células de neoplasia o sustancias exógenas. La enfermedad tromboembólica (ETE) se origina cuando se rompe el equilibrio entre los factores protrombóticos y antitrombóticos fisiológicos.

Dicha afección resulta muy frecuente en embarazadas, ya sea sola o como complicación resultante de otro proceso morboso: ETV gestacional.

El embarazo comporta una serie de cambios que predisponen a la gestante al desarrollo de una ETE. Estos cambios afectan a los tres elementos de la triada de Virchow. Por una parte, existe un estado de hipercoagulabilidad secundario al incremento de varios factores de la coagulación (II, V, VII, VIII, IX, X, XII y fibrinógeno) y a una disminución de la acción de los inhibidores (disminución de la proteína S e incremento de la resistencia a la proteína C activada), así mismo, existe una disminución de la fibrinólisis secundaria a un

aumento del inhibidor de la activación del plasminógeno 1 y 2 y un incremento de la agregación plaquetaria. Por otra parte, existe un incremento del estasis venosa en extremidades inferiores con un descenso del 50% del flujo venoso durante el tercer trimestre, como consecuencia de la acción mecánica que tiene el útero grávido sobre el retorno venoso y de la acción de la progesterona sobre la musculatura vascular que comporta un incremento de la distensibilidad y una disminución del tono venoso. Por último, también existe un cierto grado de activación endotelial durante el embarazo y lesión vascular durante el parto. Aparte de estos cambios fisiológicos pueden existir una serie de factores de riesgo (TABLA 1), ya sean preexistentes o de nueva aparición durante el embarazo, que incrementan de forma significativa el riesgo de ETE.

### **Incidencia**

En términos de incidencia, la TVP de miembros inferiores es la más frecuente de las trombosis venosas. Es difícil conocer la cifra exacta, aunque se estima que en países desarrollados está en torno a 1 caso por 1.000 habitantes y es la fuente de los TEP en el 90% de las ocasiones. Dos tercios de los pacientes con TEP no tienen síntomas de TVP y en un tercio es imposible conocer el origen de la trombosis venosa, excepto por necropsia. Las autopsias revelan que el 80% de todos los casos de TVP y EP no se diagnostican, incluso siendo causa inmediata de defunción.

Con una incidencia estimada de 1,4 casos por cada 1.000 nacimientos, la ETV gestacional sigue siendo en la actualidad una causa muy importante de morbilidad materna en los países desarrollados.

La TVP ocurre con la misma frecuencia en los tres trimestres del embarazo y postparto. En cambio, el TEP es más frecuente en el postparto.

Las mujeres con antecedente de tromboembolismo tienen un riesgo de recurrencia del 7-12% durante el embarazo. Con el tratamiento con heparina, el riesgo de recurrencia disminuye a 1-1.5%.

### **Factores de riesgo**

Numerosos factores, en muchas ocasiones un conjunto de ellos, contribuyen a la ETV. Estos podrían categorizarse como adquiridos o congénitos, aunque quizá la clasificación más práctica sería denominarlos como factores de riesgo persistentes o transitorios, ya que esta distinción implicaría la prolongación del tratamiento anticoagulante. Los factores de riesgo más comunes son: la edad avanzada, el embarazo y puerperio, la inmovilización prolongada, la obesidad, el tabaquismo, las neoplasias (en especial, los tumores de próstata, páncreas, pulmón, mama y ovario), los síndromes mieloproliferativos, la enfermedad inflamatoria intestinal, las infecciones, las enfermedades autoinmunes, el síndrome nefrótico, la diabetes mellitus, la cirugía (en especial, la ortopédica o traumatológica), la terapia hormonal sustitutiva, los anticonceptivos orales y los catéteres venosos centrales. Los factores anteriores pueden actuar solos o junto a un sustrato genético predeterminado que incrementa el riesgo.

### **-Factores de riesgo de ETE durante el embarazo-**

Más de la mitad de las mujeres que padecen un accidente trombótico durante el embarazo presentan alguna causa congénita o adquirida de trombofilia.

**TABLA 1:**

Preexistentes:	De aparición durante el embarazo:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TEV previo</li> <li>• Trombofilia congénita:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit proteína C</li> <li>- Déficit proteína S</li> <li>- Déficit antitrombina</li> <li>- Resistencia a la proteína C (Factor V Leiden)</li> <li>- Disfibrinogenemia</li> <li>- Variantes del gen de la protrombina (G20210A)</li> </ul> </li> <li>• Trombofilia adquirida - Síndrome antifosfolípido primario o secundario</li> <li>• Edad &gt;35 años</li> <li>• Obesidad (IMC &gt;30Kg/m2) antes o al inicio del embarazo</li> <li>• Paridad ≥ 3</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Grandes venas varicosas</li> <li>• Paraplejia • Drepanocitosis</li> <li>• Enfermedades inflamatorias</li> <li>• Algunos trastornos médicos (síndrome nefrótico, algunas cardiopatías)</li> <li>• Trastornos mieloproliferativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimiento quirúrgico en el embarazo o el puerperio (aborto, esterilización postparto)</li> <li>• Hiperémesis</li> <li>• Deshidratación</li> <li>• Síndrome de hiperestimulación ovárica</li> <li>• Infección sistémica que requiera antibióticos o ingreso (pielonefritis)</li> <li>• Inmovilización (≥ 3 días de reposo en cama)</li> <li>• Preeclampsia</li> <li>• Hemorragia postparto (&gt; 1 litro) que requiera transfusión</li> <li>• Trabajo de parto prolongado</li> <li>• Cesárea</li> <li>• Paro instrumental medio</li> <li>• Gestación múltiple</li> <li>• Viajes de larga distancia (&gt; 4 horas)</li> </ul>

**Clínica**

Tanto la TVP como la EP presentan un espectro de síntomas y signos clínicos muy amplio que las convierten en procesos clínicos muy inespecíficos, que a veces precisan de algoritmos complejos hasta llegar a su diagnóstico. La historia del paciente y exploración son el primer paso para el diagnóstico de TVP o TEP. Aunque la mayor parte de los signos y síntomas (como los inflamatorios en una extremidad, la disnea, la hemoptisis) son inespecíficos, juntos permiten establecer un grado de riesgo que lleve a la realización de exploraciones complementarias adecuadas, de modo, que en los últimos

años se ha ido ganando terreno en el pronóstico mediante exámenes ecográficos.

**Diagnóstico y Tratamiento**

Solo el diagnóstico precoz y preciso, con la consiguiente administración de tratamiento adecuado, que incluye las medidas de soporte y la anticoagulación, puede evitar las complicaciones más frecuentes de la trombosis venosa profunda: una embolia pulmonar o, a más largo plazo, una insuficiencia venosa crónica de la extremidad afectada.

El riesgo de enfermedad tromboembólica tiene que ser evaluado en cada paciente de forma individualizada, teniendo en cuenta si ya ha padecido algún episodio de trombosis anteriormente, si presenta una trombofilia congénita o adquirida y si presenta uno o varios factores de riesgo de trombosis. También es necesario valorar el riesgo-beneficio del tratamiento anticoagulante teniendo en cuenta el efecto sobre la madre y el feto y escoger cuál es el fármaco, la pauta de administración y la dosis más adecuada.

Los anticoagulantes orales anti-vitamina K están contraindicados en el embarazo.

Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM), son los medicamentos de elección para el tratamiento y la prevención de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) durante el embarazo y el puerperio. Además, también estos fármacos y el ácido acetilsalicílico vienen siendo utilizados para prevenir la aparición de "complicaciones vasculares gestacionales" (CVG), que incluyen la preeclampsia, el crecimiento intrauterino retardado, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y los abortos recurrentes o la muerte fetal intraútero, al haberse relacionado una proporción de ellas con alteraciones vasculares (trombóticas o isquémicas) en la placenta. Las HBPM también se están utilizando para mejorar la tasa de fallos de implantación en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida (TRA) con o sin trombofilia.

## JUSTIFICACIÓN

La enfermedad tromboembólica venosa constituye un grave problema sanitario. De hecho, las enfermedades tromboembólicas en conjunto, incluidos la enfermedad coronaria y los accidentes vasculares cerebrales, conforman la primera causa de muerte en los países desarrollados.

Debido a que dicha afección resulta muy frecuente en embarazadas, ya sea sola o como complicación resultante de otro proceso morboso, la matrona y el personal de enfermería tienen que estar preparados y saber cuáles son los cuidados que requieren este tipo de pacientes. En este artículo se estandariza y unifican los cuidados primordiales que necesitan.

## OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es unificar criterios en los cuidados enfermeros (matronas) en la ETV en gestantes, un personal de enfermería formado y especializado es fundamental para disminuir los riesgos para la paciente, el conocimiento respecto a los síntomas y factores de riesgo de la ETV gestacional por el enfermero es primordial en la detección precoz de esta alteración clínica, y en el seguimiento adecuado para evitar complicaciones.

Para ello se detallará un plan de cuidados estandarizado, el cual se individualizará en cada caso asegurando que la paciente reciba una atención de enfermería de calidad requeridas para su situación fisiológica.

## METODOLOGÍA

A través de la revisión de la evidencia, las guías y la opinión cualificada de expertos se confecciona este artículo. Se centra en la revisión de los estudios basados en la evidencia científica existente en:

-Las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden y Medline.

-Bibliografía de Tratados de Obstetricia y Ginecología, Hematología, Medicina Interna y de diagnósticos enfermeros. (NANDA, NOC, NIC)

-Protocolos existentes en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

## RESULTADO

### Valoración

A toda mujer gestante debe realizarse, al inicio del embarazo una valoración de su riesgo tromboembólico. La valoración se repetirá en cada consulta de atención primaria, ingreso hospitalario o si aparecen problemas intercurrentes.

Se prestará especial atención a los factores de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa durante el embarazo:

- Edad > 35 años.
- Obesidad (índice de masa corporal > 30kg/me.
- Número de partos > o igual a 3.
- Tabaquismo.
- Grandes venas varicosas.
- Infección sistémica actual.
- Inmovilidad (por ejemplo: paraplejía, diástasis de pubis, viajes de larga distancia)
- Preeclampsia.
- Deshidratación, hiperémesis, síndrome de hiperestimulación ovárica.
- Embarazo múltiple.

### Generalidades que debemos tener en cuenta

En toda mujer gestante con sospecha clínica fundada de enfermedad tromboembólica venosa (ETV), tanto trombosis venosa profunda (TVP) como tromboembolia pulmonar (TEP), debe iniciarse tratamiento anticoagulante (salvo que exista contraindicación expresa), hasta que los métodos diagnósticos objetivos confirmen o excluyan el diagnóstico.

Las pruebas complementarias deben realizarse tan pronto como sea posible con el fin de evitar los riesgos, inconvenientes y costos de una anticoagulación no indicada (tanto en la actual como en futuras gestaciones).

El tratamiento anticoagulante consta de una fase aguda y otra de tratamiento a largo plazo.

Además del tratamiento farmacológico, son recomendables la elevación del miembro afectado, el empleo de medias elásticas y la movilización precoz.

Toda paciente en tratamiento con una heparina de bajo peso molecular (HBPM), sea en dosis anticoagulantes, intermedias o profilácticas, debe ser reiteradamente advertida en el curso de las visitas prenatales de que si inicia o cree iniciar el trabajo de parto, sospecha una rotura de membranas o presenta sangrado, deberá suspender la administración del fármaco y acudir al hospital para su valoración médica. Tras esta valoración, el facultativo decidirá si debe o no continuar el tratamiento y la dosis a recibir.

### Plan de cuidados

Con el objeto de unificar criterios en los cuidados enfermeros en la ETV gestacional, hemos realizado un plan de cuidados estandarizado, eligiendo la taxonomía NANDA para definir los diagnósticos de enfermería, la clasificación de intervenciones y objetivos de la NIC y de

la NOC, que deberá individualizarse mediante una valoración orientada a las necesidades de cada paciente ya que cada paciente es un individuo único e independiente. (Plan de cuidados)

## CONCLUSIONES

Las complicaciones tromboembólicas son mucho mayores en el embarazo debido a los cambios procoagulantes. Lo anterior puede tener consecuencias graves tanto para la madre como para el feto.

Un correcto abordaje del proceso por parte del personal de enfermería (matrona) en estos casos es primordial para prevenir y minimizar las consecuencias desfavorables.

Debido a ello, debemos estar preparados y formados para poder cuidarlos.

Con la elaboración de los planes de cuidados, nos quedan recogidas y estandarizadas las necesidades que presentan estas pacientes y las intervenciones que se deben de llevar a cabo con ellas, para que puedan recibir unos cuidados de calidad.

Los planes de cuidados estandarizados siempre habrá que individualizarlos, después de realizar una valoración exhaustiva con cada uno de las pacientes, porque aparte de estos diagnósticos, pueden presentar otros muchos dependiendo del estado en que se encuentre.

El papel de la enfermera (matrona) es dar a la paciente unos cuidados de calidad, realizando observaciones precisas, brindando a nuestras pacientes la seguridad que ellas merecen alcanzando por otro lado la mayor excelencia en nuestro desempeño profesional.

## BIBLIOGRAFIA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo SEGO: complicaciones tromboembólicas de la gestación. Prog Obstet Ginecol. 2007;51:181-92.
2. PROTOCOLO PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA DURANTE EL EMBARAZO: PROTOCOLS MEDICINA FETAL I PERINATAL SERVEI DE MEDICINA MATERNOFETAL - ICGON - HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 118: antiphospholipid syndrome. Obstet Gynecol. 2011;117(1):192-99.
4. Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, Veenstra DL, Prabelos AM, Vandvik PO. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl) e691S-e736S.
5. Bennett SA, Bagot CN, Arya R. Pregnancy loss and thrombophilia: the elusive link. Br J Haematol. 2012;157(5):529-42.
6. Berker B, Taşkin S, Kahraman K, Taşkin EA, Atabekoğlu C, Sönmezer M. The role of low-molecular-weight heparin in recurrent implantation failure: a prospective, quasi-randomized, controlled study. Fertil Steril. 2011;95(8):2499-502.
7. Usandizaga J, Dela Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Madrid. McGraw-Hill. 1998: p. 576-577.
8. Spark Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heatherherdman, Lavin M A. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. Madrid: Elsevier. 2004
9. Moorhead S, Johnson M, Maas. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Tercera Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005
10. Dochterman JM, Bulechek G. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES D