



**Biblioteca  
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

## Intervenciones prenatales para la trombocitopenia aloinmune fetomaterna (Revisión)

Rayment R, Brunskill SJ, Soothill PW, Roberts DJ, Bussel JB, Murphy MF

Rayment R, Brunskill SJ, Soothill PW, Roberts DJ, Bussel JB, Murphy MF.  
Antenatal interventions for fetomaternal alloimmune thrombocytopenia  
(Intervenciones prenatales para la trombocitopenia aloinmune fetomaterna).  
*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 5. Art. No.: CD004226.  
DOI: [10.1002/14651858.CD004226.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004226.pub3).

[www.cochranelibrary.com/es](http://www.cochranelibrary.com/es)

[Revisión de intervención]

# Intervenciones prenatales para la trombocitopenia aloinmune fetomaterna

Rachel Rayment<sup>1</sup>, Susan J Brunskill<sup>2</sup>, Peter W Soothill<sup>3</sup>, David J Roberts<sup>2</sup>, James B Bussell<sup>4</sup>, Michael F Murphy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Arthur Bloom Haemophilia Centre, University Hospital of Wales, Cardiff, UK. <sup>2</sup>Systematic Review Initiative, NHS Blood and Transplant, Oxford, UK. <sup>3</sup>Department of Clinical Medicine, Division of Obstetrics and Gynaecology, St Michael's Hospital, Bristol, UK. <sup>4</sup>Weill Cornell Medical College, The New York Presbyterian Hospital, New York, USA

**Dirección de contacto:** Rachel Rayment, Arthur Bloom Haemophilia Centre, University Hospital of Wales, Cardiff and Vale NHS Trust, Heath Park, Cardiff, CF14 4XW, UK. [rachel.rayment@wales.nhs.uk](mailto:rachel.rayment@wales.nhs.uk).

**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Embarazo y Parto.

**Estado y fecha de publicación:** Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 5, 2011.

**Referencia:** Rayment R, Brunskill SJ, Soothill PW, Roberts DJ, Bussell JB, Murphy MF. Antenatal interventions for fetomaternal alloimmune thrombocytopenia (Intervenciones prenatales para la trombocitopenia aloinmune fetomaterna). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 5. Art. No.: CD004226. DOI: [10.1002/14651858.CD004226.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004226.pub3).

Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

## RESUMEN

### Antecedentes

La trombocitopenia aloinmune fetal es el resultado de la formación de anticuerpos por parte de la madre que se dirigen contra un aloantígeno plaquetario fetal heredado del padre. La trombocitopenia fetal resultante (reducción del número de plaquetas) puede causar hemorragias, particularmente en el cerebro, antes o poco después del parto. El tratamiento prenatal de la trombocitopenia aloinmune fetal incluye la administración de inmunoglobulina intravenosa (IgIV) o corticosteroides a la madre para prevenir la trombocitopenia fetal grave. La IgIV y los corticosteroides tienen efectos secundarios a corto y posiblemente a largo plazo. La IgIV también es costosa y es necesario identificar los regímenes óptimos.

### Objetivos

Determinar el tratamiento prenatal óptimo de la trombocitopenia aloinmune fetal para prevenir la hemorragia y la muerte fetal y neonatal.

### Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) (28 de febrero 2011) y en las bibliografías de publicaciones y artículos de revisión pertinentes.

### Criterios de selección

Estudios controlados aleatorizados que compararon cualquier intervención con ningún tratamiento, o que compararon dos intervenciones cualesquiera.

### Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión de forma independiente evaluaron la elegibilidad y la calidad de los ensayos y extrajeron los datos.

### Resultados principales

Se incluyeron cuatro ensayos con 206 embarazadas. Un ensayo con 39 pacientes comparó un corticoesteroide (prednisona) con IgIV sola. En este ensayo, en el que hubo datos analizables disponibles, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los brazos de tratamiento para los resultados predefinidos. Tres ensayos con 167 pacientes compararon la IgIV más un corticoesteroide (prednisona en dos ensayos y dexametasona en un ensayo) versus la IgIV sola. En estos ensayos no hubo diferencias estadísticamente significativas en

los resultados entre los brazos de tratamiento para los resultados predefinidos (hemorragia intracraneal; recuento de plaquetas al parto y parto prematuro). La falta de conjuntos de datos completos y las importantes diferencias en las intervenciones impidieron agrupar los datos de estos ensayos.

### **Conclusiones de los autores**

El manejo óptimo de la trombocitopenia aloinmune fetomaterna aún no está claro. La falta de conjuntos de datos completos para dos ensayos y las diferencias en las intervenciones impidieron agrupar los datos de los ensayos, lo que pudo haber permitido un análisis más complejo de los resultados de los ensayos. Se necesitarían más ensayos para determinar el tratamiento óptimo (el medicamento específico y su dosis y esquema). Estos estudios deben incluir un seguimiento a largo plazo de todos los niños y las madres.

## **RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS**

### **Intervenciones prenatales para la trombocitopenia aloinmune fetomaterna**

Aún no está claro el tratamiento óptimo de las mujeres embarazadas con un hijo anterior afectado por trombocitopenia aloinmune fetomaterna.

Las diferencias entre las plaquetas de un feto y su madre, debido a un aloantígeno plaquetario fetal heredado del padre y no compartido por la madre, pueden provocar el desarrollo de anticuerpos en la madre. Estos atacan las plaquetas del feto y pueden dar lugar a complicaciones hemorrágicas. A lo anterior se le llama trombocitopenia aloinmune fetomaterna, que significa una reducción del número de plaquetas en la sangre del feto debido a su destrucción por los anticuerpos de la madre. El feto corre el riesgo de sufrir una hemorragia cerebral (hemorragia intracraneal) antes o poco después de nacer y puede morir o tener problemas de larga duración. La trombocitopenia aloinmune fetomaterna suele producirse en el primer embarazo y normalmente solo se diagnostica tras el parto de un recién nacido con un bajo recuento de plaquetas. El tratamiento prenatal activo para prevenir la trombocitopenia grave se limita a las mujeres que han tenido un hijo previamente afectado.

La toma de muestras de sangre fetal de la vena umbilical se utiliza para monitorizar el recuento de plaquetas fetales, pero conlleva un riesgo de pérdida fetal. Las transfusiones intrauterinas de plaquetas también se asocian con un riesgo de pérdida fetal y actualmente solo se utilizan como tratamiento para las mujeres que no responden al tratamiento médico. El fármaco es la inmunoglobulina intravenosa (IgIV), con o sin inmunosupresión con corticosteroides. Los cuatro ensayos pequeños (n = 206) no aportan evidencia suficiente para determinar el mejor tratamiento para la trombocitopenia aloinmune fetomaterna.