

LOS TRATAMIENTOS QUE EXISTEN

Anticoagulantes

- *¿Por qué han prescrito tratamiento anticoagulante?*

Está Ud. sufriendo de una enfermedad vascular hepática, debido a la obstrucción de una o varias venas del hígado. Le ha sido prescrito un tratamiento anticoagulante, cuyo objetivo es fluidificar la sangre. Este tratamiento puede desobstruir las venas obstruidas, pero sobre todo permite evitar que otras venas se obstruyan.

- *¿Cuáles son los tratamientos anticoagulantes que puede tener?*

Hay cuatro clases de terapia anticoagulante:

- Antivitamina K (AVK): SINTROM 4mg, MINISINTRON 1 mg, COUMADINE 2mg , COUMADINE 5mg , APEGMONE 4 mg, PREVISCAN 20 mg, PINDIONE * 50mg.
- Las Heparinas: Heparina, calciparine, heparinas de bajo peso molecular (LOVENOX FRAGMINE, FRAXIPARINE, INNOHEP, FRAXODI, CLIVARINE), fondaparinux (ARIXTRA)
- El Danaparoide Sódico (ORGARAN)
- La Hirudina..

El Fondaparinux, el Danaparoide Sódico, y la Hirudina son los tratamientos utilizados cuando hay alergia conocida a otros tratamientos a base de heparina.

- *¿Cómo funciona el tratamiento anticoagulante con anti-vitamin K?*

Los fármacos anti-vitamin K, son medicamentos que retardan la coagulación. La vitamina K es necesaria para la fabricación de los factores de coagulación. Así los fármacos anti-vitamina K, oponiéndose a la acción de la vitamina K, disminuyen la fabricación (síntesis) de estos factores de coagulación y por lo tanto tiene una acción anticoagulante.

El tratamiento se toma en forma de comprimidos por vía oral.

El efecto anticoagulante **aparece al cabo de 24 a 96 h**, después de tomar el comprimido dependiendo del medicamento prescrito y de las características del paciente. El SINTROM actúa más rápidamente que el PREVISCAN??, que a su vez es más rápido que el COUMADINE??.

El efecto anticoagulante **no desaparece hasta 24 a 96 h** después de la última toma. Por lo tanto, hay que planificar dejar el tratamiento unos días antes en caso de que requiera la realización de procedimientos invasivos (cirugía, extracción de dientes...) y que su médico prevea para estos períodos la administración de fármacos que actúan de forma más rápida y durante menos tiempo. Estos medicamentos son generalmente las heparinas de bajo peso molecular.

El Tratamiento con AVK debe seguirse estrechamente para evitar dos riesgos principales: Hemorragia por sobredosis y Trombosis por infradosis.

- ***¿Qué es el INR?***

El INR (International Normalized Ratio) es un ensayo de laboratorio realizado a partir de una muestra de sangre. El INR permite evaluar la eficacia del tratamiento con AVK. Sin enfermedad hepática, para un sujeto no tratado, el INR normal es próximo a 1.

Para un paciente tratado con antivitamina K, cuanto más fluida es la sangre, más se alarga el tiempo de coagulación, y más aumenta el INR (es superior a 2).

Es recomendable medir siempre su INR en el mismo laboratorio. El INR a alcanzar es aquel valor que nos permite obtener la mejor relación eficacia (no trombosis) riesgo (no sangrado).

-El objetivo terapéutico habitual se sitúa generalmente en un valor de INR **entre 2 y 3**.

-Si el INR es **inferior a 2**, es que puede haber una **baja dosificación** y por lo tanto un riesgo de trombosis; por lo tanto, hay que contactar con vuestro médico, para eventualmente cambiar la dosis.

-Si el INR es **mayor que 3**, es que hay una **sobre dosis**. Por lo tanto existe el riesgo de sangrado.

-Un INR superior a 5 se asocia con un riesgo hemorrágico muy importante.

Un tratamiento equilibrado es aquel que obtiene un INR estable durante varios chequeos consecutivos, sin necesidad de modificar la dosis de AVK.

Cuando el hígado no funciona correctamente la monitorización del INR puede ser insuficiente para equilibrar adecuadamente el tratamiento. En este caso, su médico puede controlar los factores de coagulación (el factor II debe estar entre 20 y 30%, asegurándose que el factor VII es superior a 15%)

- ***¿Cuáles son los riesgos del tratamiento con antivitamina K?***

La toma de AVK expone a dos riesgos principales:

-Hemorragia consecuencia de una sobredosis.

-Trombosis (formación de un coágulo sanguíneo en una vena), consecuencia de una infradosificación.

Por lo tanto es importante supervisar su tratamiento para que este sea equilibrado.

- ***¿Cuándo se debe controlar el INR?***

Al principio del tratamiento el INR debe medirse con frecuencia para ajustar la dosis de AVK que conviene. De hecho, la misma dosis de AVK no provoca el mismo retraso de la coagulación en todos los pacientes.

Una vez determinada la dosis apropiada, la frecuencia de control del INR puede disminuir gradualmente, pero debe hacerse por lo menos una vez al mes.

Algunas circunstancias particulares pueden causar un desequilibrio del tratamiento aumentando, o por el contrario disminuyendo, su efecto anticoagulante. Ello es debido principalmente por la toma simultánea de algunos medicamentos. En esta eventualidad se necesitan controles adicionales de INR para reajustar la dosis.

- ***¿Cuál debe ser el ritmo de vigilancia del INR?***

Monitorización sistemática: Control de INR por lo menos **una vez al mes**. Si su tratamiento se altera (modificación de la dosis, enfermedad intercurrente, introducción o retirada de un fármaco, ayuno, vómitos, diarrea, inestabilidad de resultados de INR), se debe consultar a su médico. Será necesario reducir la dosis en caso de ayuno o vómitos y controlar el INR.

Atención a las interacciones con otros medicamentos

Cada nueva receta, se debe consultar al médico. El comprobará la ausencia de "interacciones" con otros fármacos. Vigilará la INR 3-4 días después de cualquier cambio, inicio o retirada de otro medicamento. Los fármacos que pueden interactuar con la AVK y por lo tanto, modificar el INR son muy numerosos.

La automedicación es peligrosa, por ejemplo con aspirina o algunos analgésicos sin receta médica, que contienen Ibuprofeno. Pida consejo a su médico antes de tomar cualquier medicación adicional, incluso en situaciones muy simples, como la aparición de dolor, reumatismo, lesión de la piel o infección (fiebre, gripe, angina...).

¿Cuáles son los signos sugerentes de sobredosis?

Los signos sugerentes de sobredosis pueden ser:

-Simples: sangrado de las encías (gingivorragias), de la nariz (epistaxis), menstruaciones inusualmente abundantes, aparición de hematomas.

-Más Preocupantes: sangre en la orina (Hematuria), sangre roja en las heces o heces negras (rectorragia o melena), vómitos con sangre (hematemesis), sangrado de una herida que no se detiene, hemorragia conjuntival en el ojo (ojo rojo)

- Equívocos: (Aparición de signos que pueden reflejar un sangrado interno, no visible): entre estos:

Fatiga inusual, dificultad respiratoria, dolores de cabeza que no ceden al tratamiento habitual, malestar inexplicable.

En todos los casos, es necesario un control del INR. Dependiendo de los resultados y los signos clínicos, el médico tomará las medidas necesarias, que pueden variar desde la simple supresión de la dosis, a la administración por vía oral, o inyectable, de AVK.

En caso de sospecha de hemorragia, debe contactar rápidamente con su médico.

La cartilla de información y de seguimiento de la AVK recuerda las reglas del buen uso y le permite:

- Disponer de los resultados de INR
- Marcar siempre la toma de antivitamina K a su médico, farmacéutico, cirujano dentista, fisioterapeuta y enfermero/era.

- ***¿Puedo tomar medicamentos al mismo tiempo que un anti-vitaminico K?***

Es peligroso tomar medicamentos que no hayan sido prescritos por un médico, porque hay muchos que alteran la acción de los AVK:

- Ya sea aumentando su efecto (sobredosis), con riesgo de hemorragia,
- Ya sea disminuyendo su efecto (infradosificación), con riesgo de trombosis

La regla muy simple es nunca usar un medicamento que no haya sido recetado por un médico. Nunca debe tomar otro medicamento por iniciativa propia, incluso los obtenidos sin receta médica (por ejemplo, aspirina).

Esta regla se aplica en todas las circunstancias, incluso en situaciones muy simples, como la aparición de dolor, reumatismo y la infección, que os deben llevar a consultar a vuestro médico.

- ***¿Es necesario señalar que se toma un Antivitamina K?***

Sí; para evitar todo riesgo de hemorragia, informe siempre cualquier toma de un AVK, al personal médico y auxiliar:

- doctor,
- cirujano,
- anestesiólogo,
- dentista
- farmacéutico,
- matrona,
- fisioterapeuta,
- enfermera,

Lleve siempre un carnet que muestre que usted toma un AVK.

- ***¿Qué hacer si uno se olvida de tomar su antivitamina K?***

No se debe tomar jamás dos dosis de AVK en el mismo día (riesgo de sangrado).

La “toma olvidada” de medicamento puede ser recuperada dentro del plazo de 8 horas, tras la hora habitual de su administración. Pasado este plazo es preferible “saltarse” esta toma y tomar la siguiente, a la hora habitual del día siguiente.

Ejemplos:

Si usted toma habitualmente el medicamento a las 18 horas, en caso de olvido, puede tomarlo hasta las 2 de la mañana (18 h + 8 h = 02 h). Si se pasa este período de 8 horas, es mejor esperar a las 18 horas del día siguiente para tomar su medicamento.

Si usted toma habitualmente el medicamento a las 20h, en caso de que se le olvide, puede tomarlo hasta 4 de la mañana. Si se pasa el período de 8 horas, es preferible esperar hasta la tarde siguiente, alrededor de las 20h para tomarlo.

Para evitar cualquier olvido, se recomienda usar una caja de píldoras-semanal. Es necesario avisar a su médico en caso de olvido. Anote la omisión en su Carnet de Seguimiento para poder informar al médico.

- ***¿Qué hacer en caso de infección?***

En caso de infección (fiebre, gripe, angina,...), es preciso consultar un médico e informarle de la toma de AVK, a fin de no alterar el tratamiento.

- ***¿Qué hacer en caso de embarazo o deseo de embarazo?***

El uso de AVK se desaconseja formalmente durante el embarazo, porque estos medicamentos pueden tener una influencia negativa en el desarrollo del mismo.

Debe iniciarse por indicación médica, un tratamiento con heparina de bajo peso molecular para reemplazar la AVK, desde el mismo momento de desear la concepción. Es importante que prevenga a su médico si desea comenzar un embarazo, o si descubre que está embarazada.

- ***¿Cuáles son las instrucciones a conocer para evitar la hemorragia?***

Para evitar una hemorragia debe:

- Informar de la toma de anti-vitamina K al personal médico y auxiliares.
- Evitar los deportes o comportamientos violentos que pueden conducir a traumatismos que podrían desencadenar un sangrado; usar siempre un casco cuando se corre el riesgo de caer de cabeza.
- Evitar las inyecciones intramusculares susceptibles de causar un hematoma.
- Manejar con mucha precaución los objetos afilados.

- ***¿Debemos cambiar la comida cuando se está en tratamiento con Antivitamina K?***

No. Sin embargo, es preciso saber que ciertos alimentos son ricos en AVK: tomate, brócoli, lechuga, espinaca, col, coliflor, coles de Bruselas...En teoría, estos alimentos pueden disminuir el efecto de la AVK. Sin embargo, en la práctica, no están prohibidos, a condición de que se repartan regularmente en la dieta y de consumirlos sin exceso. El ayuno aumenta el efecto anticoagulante.

En caso de intoxicación aguda por alcohol, se aumenta el efecto anticoagulante; en caso de consumo prolongado (crónico) de bebidas alcohólicas el efecto se disminuye.

- ***¿Cómo funcionan las heparinas?***

Las heparinas actúan más rápidamente que los AVK. El efecto anticoagulante desaparece también más rápidamente; por ello son más recomendadas que las AVK cuando se prevé una intervención.

El tratamiento se toma en forma de inyección intravenosa o subcutánea (debajo de la piel), dependiendo del tipo de heparina. Estas realizan su acción al interactuar con la trombina y otras enzimas de la coagulación.

Se puede administrar la heparina bien en tratamiento preventivo, que consiste en una inyección por día, bien en tratamiento curativo, en dosis más altas, en dosis única o más habitualmente en dos inyecciones diarias.

PUNTOS A RECORDAR ACERCA DE LOS ANTICOAGULANTES

Para una máxima eficacia y mínimo riesgo, es esencial recordar los siguientes puntos:

- El tratamiento AVK debe tomarse todos los días a la misma hora (la noche preferiblemente).
- El tratamiento debe ser equilibrado: Una sobredosis supone un riesgo de hemorragia y una infradosificación supone riesgo de trombosis.
- Debe ser controlado mediante la determinación del INR, al menos una vez al mes, si es posible en el mismo laboratorio,
- El INR ideal se sitúa generalmente entre 2 y 3.
- En caso de signos de hemorragia, consulte inmediatamente a un médico.
- No tome otros medicamentos por iniciativa propia.

Todos estos puntos os son recordados en el Carnet de Información y Seguimiento, supervisado por el médico o farmacéutico.

EL TIPS

Algunos pacientes con enfermedades vasculares hepáticas requieren la instalación de un TIPS.

EI TIPS

**DERIVACIÓN PORTO-CAVA TRANSYUGULAR [TRANSJUGULAR
INTRAHEPATIC PORTOSYSTEMIC SHUNT]
INFORMACIÓN A LOS PACIENTES**

Para entender el tratamiento que le proponemos, es necesario conocer los mecanismos que producen las complicaciones de su enfermedad.

- ***¿Qué pasa?***

-La sangre proveniente del intestino grueso, intestino delgado, estómago y el bazo es dirigida hasta el hígado por un conjunto de venas, llamado sistema venoso portal. Este sistema termina en una vena grande llamada vena porta.

-La vena porta entra en el hígado, dividiéndose en dos ramas derecha e izquierda, y después en múltiples ramificaciones que permiten vehicular la sangre a las células del hígado para que allí sea depurada.

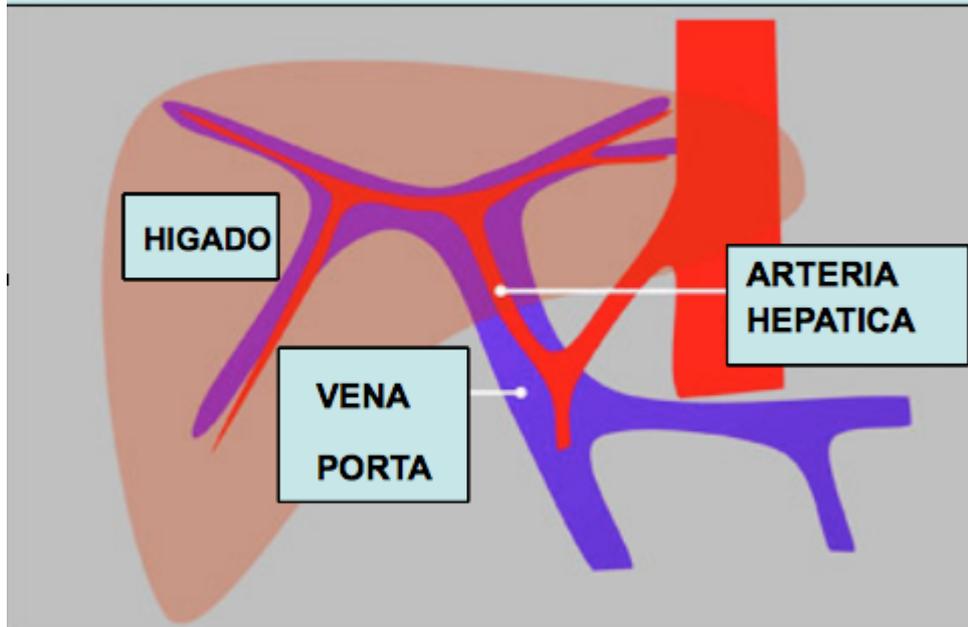
-Posteriormente, múltiples ramificaciones venosas recuperan la sangre para conducirla a otras venas llamadas venas suprahepáticas que reconducen la sangre a la vena cava, el corazón y la circulación general.

Debido a la obstrucción de las venas suprahepáticas, la sangre proveniente por el sistema venoso portal tiene muchas dificultades para pasar a través del hígado. Como resultado, aumenta la presión en la vena porta y sus ramas. Este aumento en la presión se llama hipertensión portal.

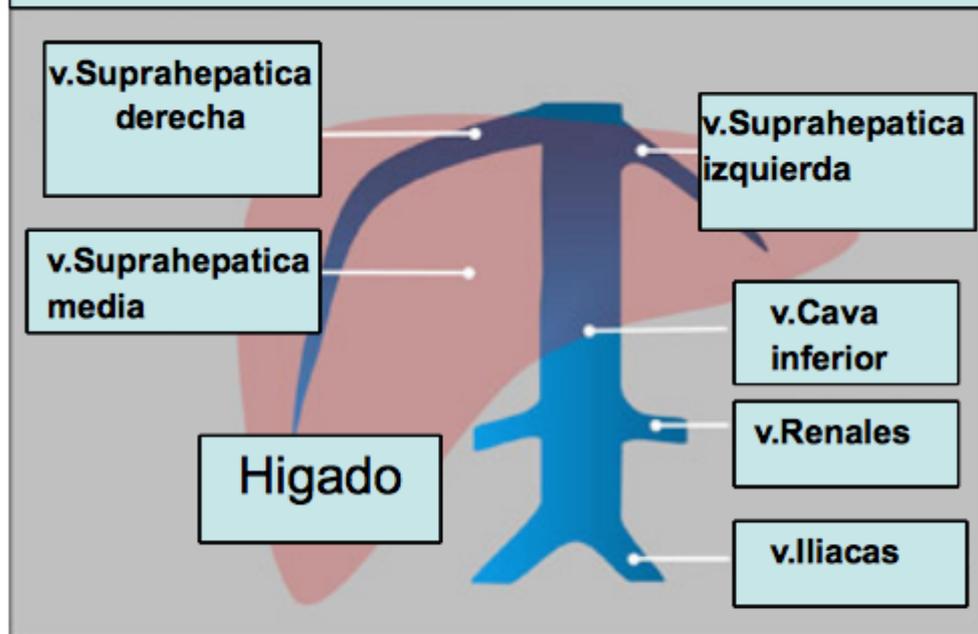
Es este aumento de presión el responsable de las complicaciones que habéis podido sufrir.

Ir más allá acerca de la vascularización de nuestro hígado...

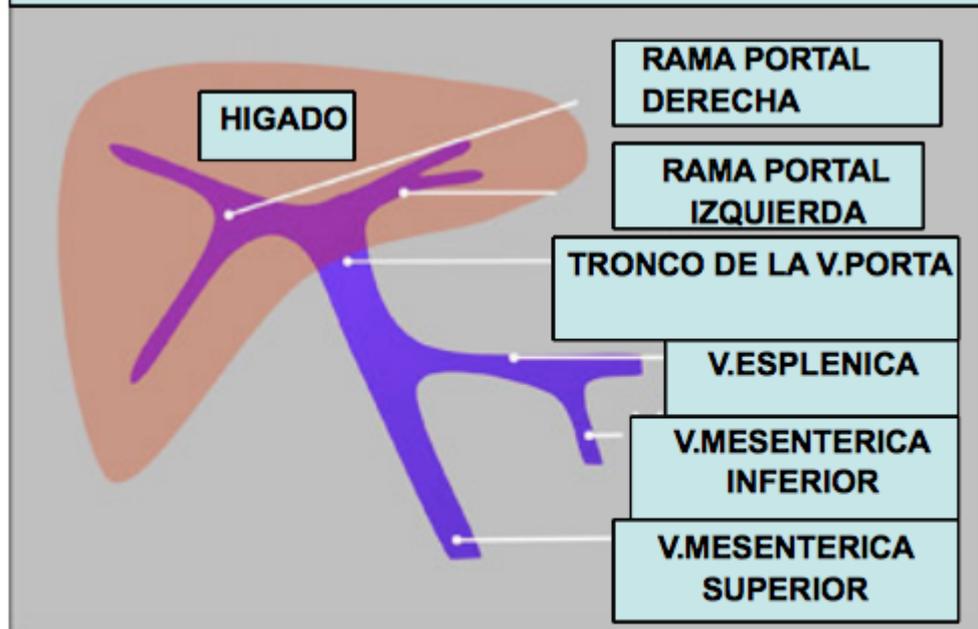
VIAS DE APORTE SANGUINEO AL HIGADO



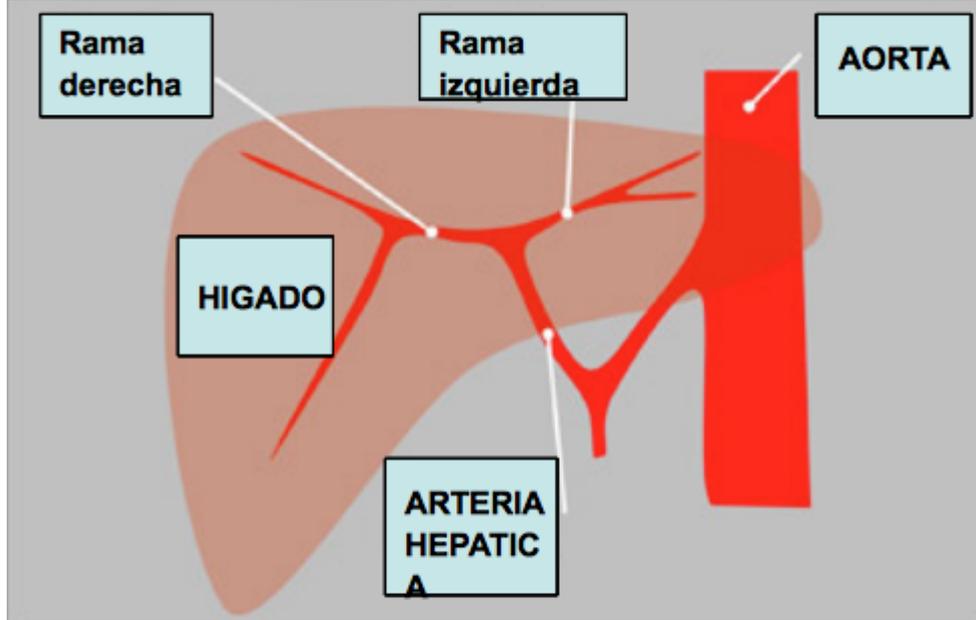
VENAS HEPATICAS



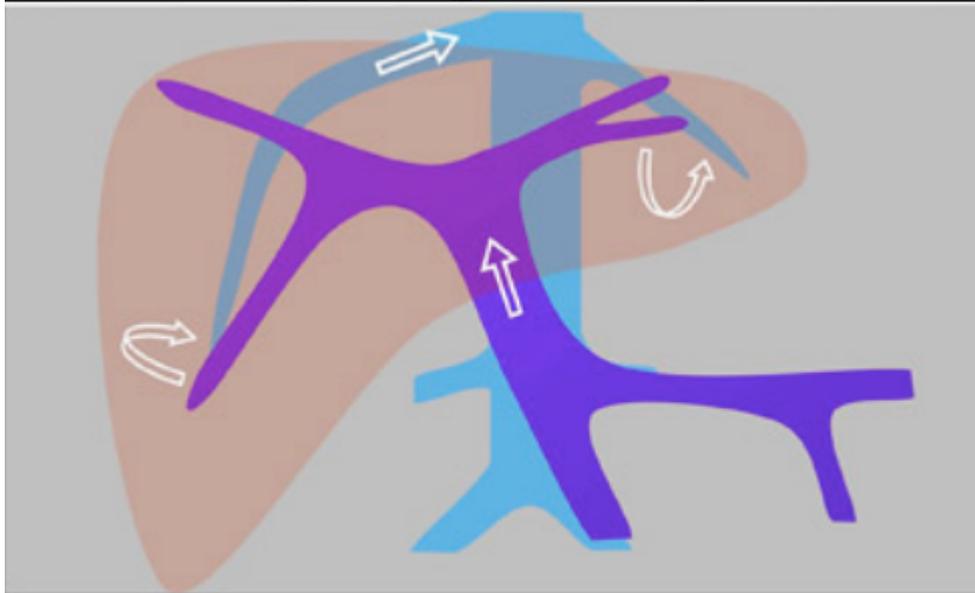
SISTEMA PORTAL



ARTERIA HEPATICA



Sistema venoso portal y Direccion del flujo sanguineo hepatico



- ***¿Cuáles son las complicaciones?***

Puede haber:

-Hemorragias digestivas : Debido al aumento en la presión en el sistema venoso portal se forman conexiones venosas con otros sistemas venosos del cuerpo que tienen la presión normal: como la vena cava superior [que transporta la sangre de la parte superior del cuerpo al corazón] y el de la vena cava inferior,[que transporta la sangre de la parte inferior del cuerpo al corazón]. Estas conexiones se forman especialmente en el estómago y en el esófago. Estas venas se dilatan y forman varices similares a las de las venas de las piernas que padecen habitualmente muchas personas. Estas varices del esófago o estómago pueden romperse cuando la presión es importante y ser responsables de hemorragias digestivas a veces muy graves.

Los tratamientos habituales de las varices esofágicas son de dos tipos: Medicamentos vasoconstrictores como los betabloqueantes que disminuyen el flujo y la presión en las venas varicosas y la Ligadura mediante Bandas elásticas de las varices por endoscopia. **No obstante el fracaso de los fármacos betabloqueantes, y/o de las ligaduras pueden llevar a proponer un TIPS.**

-Ascitis: Dificultad o imposibilidad de salir la sangre que proviene de la vena porta por la obstrucción de las venas suprahepáticas ocasionando el acumulo de este en el hígado. Como consecuencia de ello los glóbulos sanguíneos permanecen aprisionados en las venas [congestión hepática]; sin embargo, el líquido de la sangre puede transpirar a través del hígado y recogerse en el abdomen, que pasará a inflarse de agua: así se forma la ascitis.

Como acabamos de ver, la causa de estas dos complicaciones **es en su mayor parte la excesiva presión que prevalece en el sistema Portal y en el hígado.**

Proponemos tratar radicalmente este aumento en la presión portal por la realización de una derivación que pone en comunicación directa la vena porta que entra en el hígado, y la vena cava inferior que drena la sangre del hígado. Esta derivación permite a la sangre salvar el obstáculo que representa la obstrucción de las venas suprahepáticas.

Para ello, se ha desarrollado una intervención radiológica (no quirúrgica) llamada Shunt porto-cava intrahepático, o TIPS, acrónimo de su nombre en inglés (Transyugular Intrahepatic Portosystemic Shunt).

- ***La técnica: ¿cómo se realiza***

La instalación de un TIPS se realiza bajo anestesia general en la sala de radiología vascular. Se inserta un tubo de unos tres milímetros de diámetro en la vena yugular derecha en el cuello.

-Dentro de este tubo provisto de una válvula, otro tubo más largo se desliza hasta la vena cava inferior, a nivel de la unión de las venas hepáticas (que en el síndrome de Budd-Chiari están bloqueadas).

-A través de este tubo, se introduce una aguja larga que ayudado por control ecográfico, permite poder pinchar la vena porta, a la altura de una de sus ramas dentro del hígado.

-Una vez se logra la punción de esta rama de la vena porta, se introduce un hilo metálico en la vena que servirá como una guía.

-A través de esta guía se introduce un catéter [sonda de plástico de pequeño calibre] que permite realizar una radiografía con inyección de contraste yodado que permite ver la vena porta y se realizan medidas de presión en la vena porta y en la vena cava.

-A continuación se utiliza un globo de 8 o 10mm de diámetro para dilatar el trayecto en el hígado que conecta la vena cava y la rama de la vena porta, que ha sido puncionada. Este trayecto es entonces recubierto con prótesis tubulares de malla metálica revestidos o no de teflón llamados STENT/prótesis que permiten evitar que el túnel creado por el balón en el hígado no se colapse con el tiempo. Este nuevo conducto sanguíneo permite corregir el exceso de presión portal. Esta corrección es verificada por una nueva medida de presión en la vena porta.

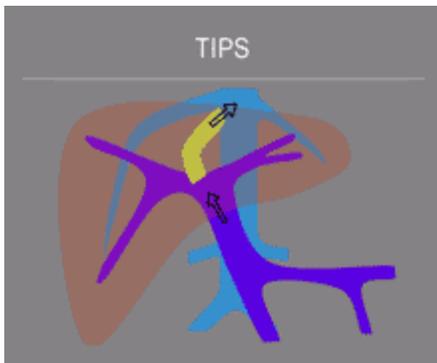
-El diámetro del STENT/prótesis está adaptado para que la presión en la vena porta sobrepase en menos de 10mm de Hg la presión en la vena cava inferior.

Durante el procedimiento se administra un antibiótico para evitar cualquier riesgo de infección. También se inyecta un fármaco que inhibe la coagulación de la sangre (heparina) para evitar el riesgo de formación de un coágulo en el STENT/prótesis que acaba de insertarse en el hígado.

Después del TIPS, quizás se le lleve a una UCI para monitorización. Un dispositivo mide periódicamente el pulso, la tensión, oxígeno en la sangre, así como la cantidad de orina emitida. Recibirá medicamentos (anticoagulantes, antibióticos) y sueros mediante una vía en el brazo.

Su salida del hospital será posible si, después de unos días, los resultados son satisfactorios. Se le realizará un seguimiento cada tres meses durante los dos primeros años y luego cada seis meses utilizando US/DOPPLER.

En caso de mal funcionamiento del TIPS detectado en uno de estos controles se podrá decidir un procedimiento de revisión del TIPS. Esta es una acción simple que excepcionalmente puede causar complicaciones Durante este procedimiento y dependiendo de los hallazgos, puede realizarse una simple redilatación del Stent/prótesis con un balón de dilatación o podría ser necesaria la colocación de un nuevo Stent/prótesis. En cualquier caso, la permanencia en el hospital es mucho más corta que en el procedimiento inicial.



- *¿Cuáles son las posibles complicaciones de esta operación?*

Existen complicaciones que pueden ocurrir durante la operación o en su seguimiento inmediato, o bien, complicaciones a largo plazo.

COMPLICACIONES DURANTE LA OPERACIÓN:

Las complicaciones del método son raras en un equipo con amplia experiencia. Sin embargo pueden ocurrir:

- Como saben vamos a pasar de la vena yugular derecha para llegar a las venas del hígado. La punción de esta vena puede causar complicaciones como hematoma más o menos importante, o la punción accidental de la arteria carótida, que se encuentra al lado, y en este caso el hematoma puede ser más importante, o justificar una acción quirúrgica para cerrar el punto de entrada.
- La imposibilidad de llegar a una rama de la vena porta o penetrarla con la aguja conducen al fracaso del procedimiento.
- Una obstrucción por formación de coágulo de inmediato o rápido en el trayecto (túnel) creado en el hígado. Generalmente se detecta en el control del día siguiente, y se trata inmediatamente mediante una maniobra de redilatación, o por disolución del coágulo con fármacos trombolíticos.
- Hematoma en el hígado cuando la aguja de punción, durante la creación del trayecto, lesiona una pequeña arteria.
- Por último, durante el procedimiento puede lesionarse un conducto biliar, lo que puede ocasionar hemobilia (sangre en la bilis). Esta hemobilia generalmente no tiene consecuencias pero puede dar lugar a ictericia, o dolor en el lado derecho. Generalmente, se arregla sola o al suspender los anticoagulantes.

No obstante, en casos excepcionales es necesario una desobstrucción del tracto biliar por medio de endoscopia digestiva (donde termina la vía biliar principal} por intervención radiológica o operación quirúrgica.

- Otra complicación muy infrecuente (0,5%) que puede ocurrir precozmente después del TIPS es el desarrollo de una insuficiencia hepática aguda, que puede obligarnos a ocluir el TIPS o realizar un trasplante hepático.

En todos los casos de complicación se le informará de la naturaleza de la complicación, sus consecuencias y la eventual realización de acciones complementarias.

COMPLICACIONES A LARGO PLAZO

Pueden ser:

-Obstrucción del TIPS: por razones que a menudo se nos escapan, puede ocurrir una contracción en cualquier nivel del TIPS. Su funcionamiento es evidentemente perturbado pero la ecografía o la medida de la presión sanguínea en el TIPS nos permiten habitualmente darnos cuenta antes, de que lleguen los síntomas.

Esta anomalía se detecta por las [ecografías](#) regulares y puede conducir en caso de retracción suficientemente importante, a la decisión de un procedimiento de dilatación (véase arriba).

- La encefalopatía hepática. Es el resultado de la no absorción inmediata por el hígado de sustancias producidas por el intestino (en particular amoníaco) debido a la presencia del TIPS. De hecho estas sustancias de las que normalmente sólo trazas alcanzan el cerebro, llegarán en cantidades significativas. Por razones que se nos escapan, y de forma imprevisible, algunas personas no aceptan la mayor cantidad de estas sustancias. Entonces pueden aparecer trastornos. Inicialmente, estos son simples fallos de memoria, dificultad para dormirse acompañado por somnolencia durante el día, inversión del ritmo del sueño, así como los temblores. Cuando estos trastornos son más severos, consisten en una dificultad en el reconocimiento de la fecha o el lugar. Cuando estos trastornos son aún más graves puede ocurrir, un adormecimiento excesivo, o un sueño profundo anormal (coma).

Al final de estos episodios, el funcionamiento del cerebro, vuelve a ser completamente normal, porque el cerebro no es lesionado. Episodios agudos, es decir, por un período de 24 a 48 horas, pueden ocurrir principalmente en el primer año después de la colocación del TIPS. Es sólo en aproximadamente el 8% de los pacientes que este tipo de eventos puede convertirse en crónico y nos llevan a proponer disminuir el TIPS u obstruirlo permanentemente.

Embarazo y nuestras enfermedades

- *[Una investigación sobre el embarazo en pacientes con síndrome de Budd-Chiari](#)*

El [Síndrome de Budd-Chiari](#) es una enfermedad trombosante que afecta a menudo a las mujeres jóvenes. La pregunta sobre un posterior embarazo surge en el momento del [diagnóstico](#) de la enfermedad o más tarde, cuando la enfermedad está estabilizada mediante los tratamientos actuales.

Hasta entonces el embarazo, generalmente estaba contraindicado. Un estudio reciente del Centro de Referencia de las Enfermedades Vasculares del Hígado, realizado por el Dr. Rautou, evaluó el impacto del embarazo durante el síndrome de Budd-Chiari. Se trata de un estudio retrospectivo, y los informes se analizaron posteriormente en varios centros.

Dieciséis mujeres entre 1985 y 2004 en 3 centros europeos tuvieron **24 embarazos**. Tenían un promedio de 33 años, su síndrome de Budd-Chiari era conocido desde 57 meses. Antes de la concepción, nueve mujeres habían tenido una operación de revascularización quirúrgica o radiológica. Se administró tratamiento anticoagulante en 17 embarazos.

La evolución de estos embarazos puede resumirse de la siguiente manera:

-Antes de las 20 semanas de gestación, fueron interrumpidos 7 de 24.

-El parto tuvo lugar entre el 21 y 31 semanas en el caso de 2 pacientes, entre 32 y 36 en 11 pacientes, y después de las 37 semanas en 4 pacientes,

-1 niño lamentablemente murió al nacer,

-16 recién nacidos tuvieron una evolución favorable.

La evolución del síndrome de Budd-Chiari no ha cambiado para ninguna mamá; todos viven al final de este estudio. Sólo dos pacientes desarrollaron una [trombosis](#) después del parto, que se resolvió bajo el tratamiento apropiado. En conclusión, el embarazo es posible durante el síndrome de Budd-Chiari. El riesgo de aborto espontáneo es alto. Se trata de embarazos de alto riesgo para los que es necesaria la supervisión en centros especializados con una fuerte colaboración entre hepatólogos, obstetras y hematólogos. Un soporte homogéneo de todos los centros permitirá en el futuro mejorar la gestión de pacientes y de los niños y de medir de forma precisa, sin el sesgo debido a la retrospectiva de nuestro estudio, los riesgos para la madre y el bebé. Se envió una carta a todos los centros competentes en este sentido. Este correo se os puede enviar para que se lo dirija a vuestro médico.

Dr. Aurélie Patil Centro de Referencia de Enfermedades Vasculares del Hígado
Referencias del Artículo: póngase en contacto con la Asociación.