

Contraindicaciones para la HBPM

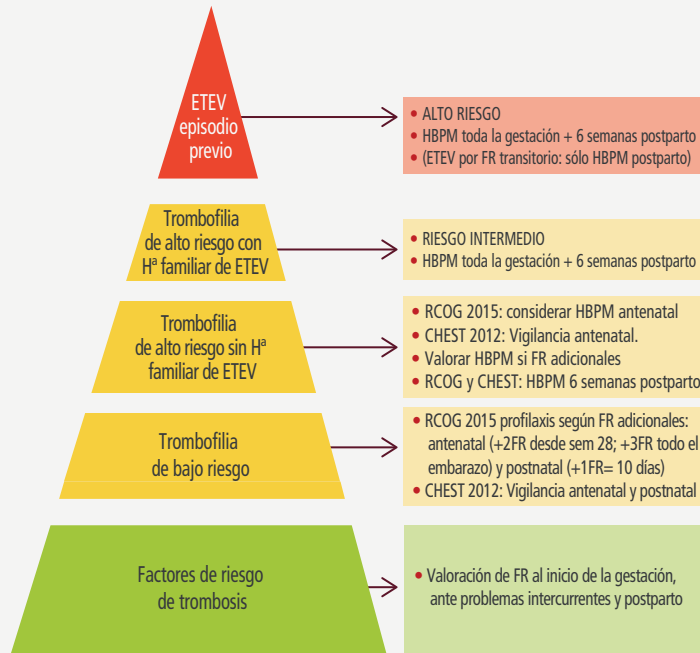
- Sangrado activo antenatal o posparto
- Mujer considerada de riesgo alto de sangrado (por ejemplo placenta previa)
- Mujer con alteración de la coagulación (Enf. de von Willebrand, hemofilia o coagulopatía adquirida)
- Trombocitopenia (< 75.000)
- Enfermedad renal (FG < 30 mL/min/1,73m²) o hepática severa (TP alargado o varices esofágicas)
- Hipertensión incontrolada (TAS > 200 mmHg o TAD > 120 mmHg)

Manejo periparto

HBPM con sangrado o dinámica	• Suspender HBPM
HBPM a dosis terapéutica	• ALR tras > 24 horas de la última dosis
HBPM a dosis profiláctica Heparina No Fraccionada (HNF)	• ALR tras > 12 horas de la última dosis • Suspender HNF 4-6 horas antes o Sulfato protamina
Reinicio de HBPM posparto	• > 12-24 horas posparto y al menos 6 horas de la retirada de catéter, en ausencia de sangrado o riesgo de sangrado
AAS a dosis baja	• Valorar suspender 24 horas antes del parto

HBPM disponibles en hospital clínico universitario "Lozano Blesa"

Peso (Kg)	Enoxaparina (Clexane®)	Bemiparina (Hibor®)
< 50	20 mg / 24 h	2500 U / 24 h
50 - 90	40 mg / 24 h	3500 U / 24 h
91- 130	60 mg / 24 h or 40 mg / 12 h	5000 U / 24 h
Dosis intermedia (50-90 Kg)	40 mg / 12 h o 60 mg /24 h	-----
Dosis Terapéutica	1 mg/kg / 12 h or 1,5mg / 24 h	115 U/kg / 24 h



ABREVIATURAS

AAF: Anticuerpos antifosfolípidos
 AAS: Ácido Acetil Salicílico
 ACV: Accidente cerebro-vascular
 AF: Antecedente Familiar
 ALR: Anestesia Locoregional
 AP: Antecedentes Personales
 AR: Aborto Recurrente
 AT: Antitrombina
 AVK: Antagonistas de la vitamina K
 CIR: Crecimiento Intrauterino Restringido
 EG: Edad gestacional
 ETEV: Enfermedad Tromboembólica Venosa

FII: Factor II de la protrombina G20210A
 FG: Filtración glomerular
 FR: Factores de riesgo
 FVL: Factor V de Leiden
 HBPM: Heparinas de bajo peso molecular
 HNF: Heparina No Fraccionada
 IMC: Índice de masa corporal
 SAF: Síndrome Antifosfolípido
 TAD: Tensión arterial diastólica
 TAS: Tensión arterial sistólica
 TEP: Tromboembolismo pulmonar

REFERENCIAS

- RCOG 2015. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. (Green-top Guideline No. 37a). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015.
- Khamashta MA. Systemic lupus erythematosus and pregnancy. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2006Aug;20(4):685-94.
- Bates S et al. Thrombophilia, Antithrombotic Therapy, and Pregnancy. 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012;141:e6915-e7365.



Escenarios para la tromboprolifaxis en embarazo y puerperio

Dra. Ana Cristina Lou
Obstetrics Department

Dra. Rosa Cornudella
Hematology Department

Hospital Clínico Universitario
Lozano Blesa
ZARAGOZA

Evaluación del riesgo individual

- ETEV de aparición antes de los 50 años, idiopática o recurrente
- ETEV de localización atípica
- Complicaciones vasculares gestacionales (AR, pérdida fetal tardía, preeclampsia, CIR)
- Antecedentes familiares de 1er grado de ETEV o arterial < 50 años

Indicaciones para solicitar estudio de trombofilia

- Tipo de trombofilia
- Antecedente de ETEV personal o familiar
- Antecedente de complicaciones vasculares gestacionales
- Factores de riesgo antenatal y postnatal

*Solicitar únicamente AAF (anticoagulante lúpico, anticardiolipina y anti-β2-glycoproteína 1)

Complicaciones vasculares gestacionales

	DIOPÁTICAS	ROMBOFILIA
	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida fetal recidivante o pérdida fetal tardía • AP de Preeclampsia o alto riesgo de Preeclampsia • CIR 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay evidencia científica. Valoración individualizada • Abstención terapéutica o • Tto. empírico (AAS/HBPM/AAS+HBPM) • AAS* toda la gestación, empezando en 2º trimestre • HBPM profiláctica si FR adicionales • Vigilancia ECO-Doppler estricta
	<ul style="list-style-type: none"> • Hereditaria • Adquirida (SAF obstétrico) 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo individualizado según trombofilia, AP o AF de ETEV y FR • AAS* antenatal + HBPM • HBPM postparto 4-6 semanas

Manejo de la gestante con síndrome antifosfolípido

AAF sin manifestaciones clínicas		Abstención/control estricto o AAS*
SAF OBSTÉTRICO	Aborto recurrente (< EG 10)	AAS* preconcepcional AAS* + HBPM profiláctica antenatal
	Pérdidas fetales tardías, CIR, preeclampsia	
SAF con TROMBOSIS	Trombosis arteriales previas	AAS* + HBPM profiláctica
	Trombosis venosa previa	Si AVK: suspender < semana 6 de gestación AAS* + HBPM profiláctica o terapéutica
Puerperio del SAF		HBPM profiláctica 4-6 semanas postparto Si AVK previa, reiniciar. AAS* a largo plazo? (controversia)

Manejo individualizado, según estatus clínico e inmunológico. Participación activa de la paciente en la decisión de la estrategia terapéutica en su caso particular. Control multidisciplinar por expertos en SAF

*AAS a dosis bajas

Tromboprofilaxis en la gestación (ROCOG 2015 y CHEST 2012)

ALTO RIESGO	RIESGO INTERMEDIO	BAJO RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> • ETV recurrente • Paciente con AVK • Déficit de AT y SAF 	<ul style="list-style-type: none"> • Trombofilia de alto riesgo sin ETV previa ni Hº familiar de ETV (homocigoto FVL o FII, déficit de AT, PS o PC) • Trombofilia de alto riesgo sin ETV previa ni Hº familiar de ETV (homocigoto FVL o FII, déficit de PS o PC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad (IMC > 30 Kg/m²) • Edad > 35 • Paridad ≥ 3 • Fumadora (> 10 cig/día) • Grandes venas varicosas • Preeclampsia actual • Inmovilidad (≥ 3 días) • Historia familiar de ETV no provocado o relacionado con estrógenos (familiar 1er grado) • Trombofilia de bajo riesgo (heterocigoto FVL o FII) • Gestación múltiple • FIV/TRA
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier episodio previo de ETV excepto episodio único relacionado con cirugía mayor • Trombofilia de alto riesgo sin ETV previa con Hº familiar de ETV no provocado (homocigoto FVL o FII, déficit de AT, PS o PC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso hospitalario • Episodio único previo en relación a cirugía mayor • Comorbilidad médica (cáncer, enfermedad cardíaca, LES activo, enfermedad inflamatoria intestinal o poliartritis inflamatoria, síndrome nefrótico, DM tipo 1 con nefropatía, anemia falciforme, ADVP actual) • Cualquier procedimiento quirúrgico en el embarazo (ejem. apendicectomía) • Síndrome de hiperestimulación ovárica severo (solo primer trimestre) 	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 4 factores de riesgo: considerar profilaxis con HBPM toda la gestación • 3 factores de riesgo: considerar profilaxis con HBPM desde la semana 28
<ul style="list-style-type: none"> • Suspender anticoagulante oral • HBPM dosis terapéuticas toda la gestación • Control por experto en trombosis y embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Según RCOG 2015: considerar HBPM toda la gestación • Según CHEST 2012: vigilancia antenatal Valorar FR adicionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 2 factores de riesgo: movilización y evitar deshidratación
<ul style="list-style-type: none"> • HBPM dosis profiláctica toda la gestación • Control por experto en trombosis y embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar profilaxis con HBPM 	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar profilaxis con HBPM mientras persista la situación de riesgo y según otros factores de riesgo adicionales

Manejo del episodio agudo de etev en el embarazo

- Ante la sospecha clínica debe iniciarse el tratamiento.
- Anticoagulación plena con dosis ajustadas de HBPM durante al menos 3 meses desde que se produjo el episodio, manteniendo el tratamiento todo el embarazo y hasta 6 semanas postparto.

Tromboprofilaxis postnatal (ROCOG 2015 y CHEST 2012)

ALTO RIESGO	RIESGO INTERMEDIO	BAJO RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier episodio previo de ETV • Cualquiera que haya precisado HBPM antenatal • Trombofilia de alto riesgo (homocigoto FVL o FII, déficit de AT, PS o PC) 	<ul style="list-style-type: none"> • IMC > 40 Kg/m² • Reingreso o ingreso prolongado (≥ 3 días) en el puerperio • Cualquier procedimiento quirúrgico en el puerperio, excepto reparación inmediata del periné • Comorbilidad médica (cáncer, enfermedad cardíaca, LES activo, enfermedad inflamatoria intestinal o poliartritis inflamatoria, síndrome nefrótico, DM tipo 1 con nefropatía, anemia falciforme, ADVP actual) 	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 2 FR: considerar profilaxis con HBPM al menos 10 días
<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis postnatal con HBPM al menos 6 semanas • Pacientes con anticoagulantes orales antes de la gestación, consultar con hematología para reiniciar terapia oral • Medias de compresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea en trabajo de parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Según RCOG 2015: HBPM al menos 10 días • Según CHEST 2012: no precisa tromboprofilaxis, salvo factores de riesgo asociados
		<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad (IMC > 30 Kg/m2) • Edad > 35 • Paridad ≥ 3 • Fumadora (> 10 cig/día) • Cesárea electiva • Historia familiar de ETV (familiar 1er grado) • Trombofilia de bajo riesgo (heterocigoto FVL o FII) • Grandes venas varicosas • Infección sistémica actual • Preeclampsia actual • Inmovilidad (≥ 3 días) • Gestación múltiple • Feto muerto en la gestación actual • Parto instrumentado • Parto prolongado (> 24 horas) • Hemorragia postparto > 1 litro o transfusión de sangre
		<ul style="list-style-type: none"> • < 2 FR: movilización precoz y evitar deshidratación