

Tromboembolismo venoso durante el embarazo
Venous thromboembolism during pregnancy

Anticoagulación por tromboembolismo venoso (TEV) en el período peri-parto

Management of peri-partum anticoagulation for venous thromboembolism

Korin J.

Consultor de Hematología del Sanatorio de los Arcos

jkorin2009@hotmail.com



**III CURSO
EDUCACIONAL
DE LA ISTH.
EDUCACIONAL II**

HEMATOLOGÍA
Volumen • 20 Número Extraordinario
XII Congreso del Grupo CAHT: 249-250
Septiembre 2016

Palabras clave: Anticoagulación
Tromboembolismo venoso
Embarazo

Keywords: Anticoagulation
Venous Thromboembolism
Pregnancy

El manejo de la anticoagulación peri-parto constituye un típico escenario de balance entre riesgos de recurrencia trombótica y riesgos hemorrágicos. Se señalan como riesgos de trombosis: TEV previo no provocado o asociado a estrógenos o embarazo, inmovilización y BMI >25, trombofilias potentes (FVL o FIIM homocigota, déficit AT o dobles heterocigotas), historia familiar de TEV, cesárea no programada, hemorragia postparto, edad > 35 años y varicosidades. En cambio, son factores de riesgo hemorrágico: atonía uterina, macrosomía fetal, obesidad materna, sepsis, enfermedad de von Willebrand, anticoagulación, placenta previa, placenta acreta, cesárea y parto instrumentado. Entre todos estos factores, el más importante para recurrencia trombótica es la cercanía del episodio original al momento del

parto y para hemorragia, la existencia de un nivel completo de anticoagulación en ese mismo lapso.

Recomendaciones generales:

- Un parto planificado por inducción o por cesárea electiva permite un manejo seguro minimizando los riesgos de un parto súbito bajo anticoagulación completa.
- Cada paciente debe ser evaluada individualizando sus riesgos de recurrencia y trombosis.
- El manejo habitual es pasar a una dosis SC de tromboprolifaxis el día previo al parto (enoxaparina 40 mg) repetida 4 hs post cesárea o post remoción del catéter epidural y reanudar 12 hs más tarde la dosis terapéutica si no hay sangrado. El riesgo de hematoma de la herida de cesá-

rea con este régimen es de 2%. Prever necesidad de drenaje con suturas interrumpidas.

- Otro esquema, especialmente utilizado en el caso de TEV < 2 semanas pre parto, es la HNF 400 UI/kg/día el día previo al parto y suspender 6 hs antes de la inducción o de la anestesia regional. Controlar con aPTT la reversión del efecto.
- Si se desencadena parto bajo dosis completas de HBPM, la anestesia neuroaxial debe desaconejarse por lo menos por 24 hs luego de la última dosis de HBPM.
- Post parto se reanuda HBPM en dosis profiláctica entre 4 y 12 hs post parto y no antes de 4 hs de haber retirado el catéter epidural (retrasar el comienzo si el procedimiento neuroaxial fue traumático). A las 24 hs del retiro del catéter la dosis puede aumentarse a terapéutica.
- Tanto HBPM como dicumarínicos pueden emplearse durante la lactancia. No se recomiendan DOACs. Si la paciente venía empleando HBPM y el tiempo total de anticoagulación planeado finaliza en la 6ª semana del puerperio, la continuación con HBPM es lo más práctico.
- Si se decide continuar con dicumarínicos, la warfarina o el acenocumarol se inician al menos 48 hs post-parto y se suspende la HBPM al lograr INR >2.
- Al finalizar el tratamiento se debe evaluar el riesgo de recurrencia con alguno de los puntajes existentes, utilizando historia personal y familiar de TEV, DD y estudio de trombofilias.
- Las opciones posteriores pueden ser abstención terapéutica, aspirina, dicumarínicos o DOACs si la paciente ya no alimenta a su bebé por lactancia materna.

Una consideración especial es la de la paciente con TEV en las dos semanas previas al parto, en la que puede evaluarse la colocación de un filtro temporario en vena cava inferior (VCI). Tener en cuenta que en la práctica diaria, los filtros implantados sólo se retiran en el 37% de los pacientes, con una tasa de complicaciones para la remoción del 3%. Las complicaciones de un filtro no retirado o colocado largo tiempo incluyen: trombosis de VCI (2.8%), TVP (5.4% a nueve meses), migración del filtro (1.3%), penetración en la VCI (0.4%) y fractura del filtro (2.7%).

Diferentes guías concuerdan en general con recomendaciones de escaso nivel de evidencia. Se acompañan las citas bibliográficas de las mismas para el lector interesado.

Declaración de conflictos de interés:

El autor declara que no posee conflictos de interés.

Bibliografía

1. Greer IA. Thrombosis in pregnancy: updates in diagnosis and management. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2012; 203.
2. Bates SM, Middeldorp S, Rodger M, James AH, Greer I. Guidance for the treatment and prevention of obstetric-associated venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis*. 2016; 41: 92.
3. James A. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice bulletin no. 123: thromboembolism in pregnancy. *Obstet Gynecol* 118: 718.
4. Chan WS, Rey E, Kent NE, et al. Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014; 36: 527.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015) Green-top Guideline No. 37a.
6. McLintock C, Brighton T, Chunilal S, et al. Recommendations for the diagnosis and treatment of deep venous thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy and the postpartum period. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2012; 52: 14.
7. Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, et al. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guideline. *Chest*. 2012 ; 141(2 Suppl): e691S.
8. Molvar C. Inferior vena cava filtration in the management of venous thromboembolism: filtering the data. *Semin Intervent Radiol* 2012; 3: 204.