

Guía



DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
GOBERNACION DE ANTIOQUIA

ANTIOQUIA NUEVA, un hogar para la vida



Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa durante la gestación y el posparto



Gobernador de Antioquia

Anibal Gaviria Correa

Secretario Seccional de Salud de Antioquia

Carlos Mario Montoya Serna

Autor corporativo

Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Autores de la guía

Gladis Adriana Vélez Álvarez

Joaquín Guillermo Gómez Dávila

Comité técnico-científico

Gladis Adriana Vélez Álvarez

Joaquín Guillermo Gómez Dávila

Santiago Ignacio Faciolince Pérez

Diseño y diagramación

Alexander Rojas Moreno

Vigencia

Valida hasta agosto del 2010 o hasta que se indique lo contrario

Medellín septiembre de 2007

Objetivo

Proponer una guía para la prevención de la enfermedad tromboembólica venosa durante la gestación y el posparto que sea fácil de aplicar en nuestro medio.

Justificación

Hasta el momento se desconoce la verdadera incidencia de los fenómenos tromboembólicos durante la gestación, pero se sabe que ésta aumenta diez veces el riesgo de los fenómenos trombóticos venosos. En los países desarrollados es una de las principales causas de muerte, siendo el tromboembolismo pulmonar (TEP) la primera causa de muerte materna directa en el Reino Unido. Este fenómeno ocurre con igual frecuencia en todos los trimestres, pero su incidencia es mucho mayor en el puerperio.

En Colombia aparentemente los fenómenos tromboembólicos no son una causa importante de muerte materna. La embolia obstétrica –que incluye la embolia gaseosa, de coágulo sanguíneo, séptica y de líquido amniótico– ocupó entre los años 2000 a 2003 el puesto 8 a 12 entre las causas de muerte materna. Las complicaciones venosas del parto y el puerperio –que incluyen la tromboflebitis superficial y profunda y la trombosis venosa cerebral– están por debajo del puesto 20 con solo una o dos muertes al año. Sin embargo en Antioquia los eventos tromboembólicos; el tromboembolismo pulmonar, la trombosis de los senos venosos cerebrales y el embolismo de líquido amniótico, agrupados en una sola categoría, han constituido la tercera causa de muerte materna directa durante los años 2004 a 2006.

Dada la escasez de evidencia sólida no hay un acuerdo mundial en cuanto a la profilaxis de estos eventos durante la gestación y el puerperio. Sin embargo, la experiencia en el Reino Unido del estudio de la mortalidad materna a lo largo de más de 50 años, es valiosa en el sentido de mostrar la importancia de implementar guías en este aspecto para disminuir la mortalidad materna por esta causa.

La guía que se presenta esta basada fundamentalmente en las guías de prevención de la enfermedad tromboembólica en el embarazo y después de parto vaginal y por cesárea del Colegio de Obstetras y Ginecólogos del Reino Unido.

Población objeto: todas las mujeres que asisten a una consulta preconcepcional o de ingreso al control prenatal y aquellas embarazadas que sean vistas durante el control prenatal usual o sean evaluadas por una enfermedad intercurrente en el curso de la gestación, en el momento del parto y en el puerperio inmediato.

Definiciones

Trombofilia: es la presencia de una alteración de la coagulación que puede ser adquirida o congénita y predispone al individuo a la formación de trombosis. En general están presentes en el 15% de la población general pero son la causa subyacente de aproximadamente el 50% de los eventos tromboembólicos en el embarazo. Las formas más importantes de trombofilia incluyen las deficiencias en las proteínas anticoagulantes como antitrombina III, proteínas S y C y anomalías en los factores pro coagulantes como el factor V de Leiden entre otros. Una de las trombofilias adquiridas más comunes es el síndrome antifosfolípido.

Profilaxis antitrombótica

Incluye todas las medidas y medicamentos que utilizados solos o de manera combinada sirven para prevenir el desarrollo de un evento tromboembólico.

Medicamentos

Cumarínicos: cruzan la placenta y son conocidos sus efectos teratogénicos por lo cual deben ser evitados durante la gestación y no se consideran de elección para la profilaxis durante la gestación. Las pacientes que estén recibiendo estos agentes deben sustituirlos durante el primer trimestre de la gestación tan pronto como se descubra el estado de gestación.

Heparinas: ni la heparina no fraccionada ni las heparinas de bajo peso molecular cruzan la placenta ni son excretadas en la leche materna y por lo tanto son seguras durante el embarazo y la lactancia. El uso prolongado de la heparina no fraccionada se ha asociado con un riesgo del 2% de fracturas por osteoporosis. Este riesgo con las heparinas de bajo peso molecular es mucho menor. Igualmente la heparina no fraccionada tiene un riesgo de 1 a 3% de trombocitopenia que es substancialmente menor con las heparinas de bajo peso molecular. Las

heparinas de bajo peso molecular son actualmente la elección por su perfil de seguridad materna y fetal, además de una administración muy cómoda (una vez al día para profilaxis).

Aspirina: algunos meta análisis han mostrado que tiene efecto benéfico para la prevención de la trombosis venosa profunda, pero aún no se ha establecido su efectividad en el embarazo en comparación con la heparina.

Otras medidas: las medias elásticas con gradiente de presión son efectivas en las pacientes no embarazadas, y dados los cambios fisiológicos en el sistema venoso durante el embarazo, pueden ser útiles también en esta situación. Actúan evitando la sobre distensión de las venas, previniendo el daño endotelial y la exposición del colágeno endógeno. Otras medidas mecánicas como la compresión mecánica intermitente son útiles como profilaxis durante la cesárea y en el posparto inmediato.

Procedimiento

1. Evaluación del riesgo de enfermedad tromboembólica durante la consulta preconcepcional o durante el control prenatal:

En toda mujer que esté pensando en concebir o esté iniciando un embarazo se deben evaluar los factores de riesgo para enfermedad tromboembólica (ver tabla 1), incluyendo el antecedente de un evento tromboembólico en el pasado. Esta evaluación se debe repetir cada vez que la paciente sea hospitalizada en el embarazo y/o desarrolle una enfermedad.

1.1. Pacientes con antecedentes de un evento tromboembólico previo:

Las pacientes con este antecedente deben ser remitidas para el estudio respectivo antes del embarazo o al inicio del mismo, para descartar la presencia de una trombofilia, incluido el síndrome antifosfolípido. Si el resultado de alguno de los estudios es positivo deben

recibir profilaxis durante toda la gestación y hasta las 6 semanas posparto. Si el estudio es negativo, deben recibir profilaxis sólo en las 6 semanas posparto. Esto aplica siempre y cuando el evento trombótico previo haya estado asociado a un factor de riesgo claro.

Si el episodio trombótico no estuvo asociado a un factor desencadenante claro, o estuvo asociado al uso de anticoncepción hormonal, o han sido eventos recurrentes o fue un solo evento pero en un sitio inusual o tiene un familiar en primer grado con antecedentes de evento trombótico, requiere profilaxis todo el embarazo y hasta 6 semanas posparto.

1.2 Pacientes sin antecedentes de eventos tromboembólicos previos pero con diagnóstico de trombofilia:

El riesgo de un evento tromboembólico es variable según el defecto que tenga la paciente. Las que tienen deficiencia de antitrombina III, defectos combinados o que son homocigóticas para un defecto dado deben recibir profilaxis durante toda la gestación y hasta las 6 semanas posparto.

Las pacientes con diagnóstico de síndrome antifosfolípido solo deben recibir profilaxis en los 5 días siguientes al parto.

2. Evaluación del riesgo de enfermedad tromboembólica durante el embarazo y en el posparto inmediato:

Las pacientes sin antecedentes de eventos tromboembólicos y sin antecedentes de trombofilias deben ser evaluadas durante toda la gestación, durante el trabajo de parto y en el posparto inmediato para definir la necesidad de profilaxis ante la concurrencia de varios de los factores de riesgo definidos en la tabla 1. En las pacientes que presenten tres o más factores de riesgo se debe considerar la profilaxis durante el tiempo que persistan los factores de riesgo y hasta 5 días posparto. Sin embargo no hay estudios que demuestren el peso de cada factor aislado y en algunas circunstancias debe primar el criterio clínico para la toma de la decisión. Por ejemplo la presencia de estos dos factores: obesidad y una cirugía mayor (cesárea –histerectomía), indica el inicio de la profilaxis.

3. Evaluación del riesgo de enfermedad tromboembólica después de una cesárea en pacientes sin antecedentes de TVP o trombofilias:

Se definen tres grupos de pacientes:

3.1 Pacientes de bajo riesgo

Son las pacientes electivas sin ninguna enfermedad concomitante y sin otros factores de riesgo. Estas pacientes solo requieren una hidratación adecuada y deambulación temprana.

3.2 Pacientes con riesgo moderado

Son las pacientes que tienen sólo 2 de los factores de riesgo descritos en la tabla 1.

Se puede realizar la profilaxis con las medias con gradiente de presión y/o con heparinas de bajo peso molecular, desde el momento de la cesárea hasta los 5 días posparto.

3.2 Pacientes con riesgo alto

Son las pacientes con 3 o más factores de riesgo o que fueron sometidas a una cirugía mayor como una cesárea hysterectomía.

Estas pacientes deben recibir profilaxis con heparinas de bajo peso molecular desde el momento de la cirugía hasta los 5 días posparto.

Tabla 1

Factores de riesgo para enfermedad tromboembólica en el embarazo y en el puerperio ^a	
Preexistentes	De aparición reciente o transitorios ^b
Antecedente familiar de un evento tromboembólico	Procedimientos quirúrgicos en el embarazo y/o en el puerperio
	Hiperemesis
Edad mayor de 35 años	Deshidratación
Obesidad (IMC>30 o peso mayor de 90 Kg)	Infección severa: pielonefritis
Venas varicosas	Inmovilidad > 4 días
Paridad > de 4	Preeclampsia
Enfermedad de células falciformes	Excesiva pérdida sanguínea
Enfermedades inflamatorias: enfermedades inflamatorias del intestino	Viaje largo
Algunas enfermedades cardíacas o renales	Trabajo de parto prolongado (más de 12 horas) ^c
Enfermedades mieloproliferativas	Parto instrumentado ^c
Paraplejía	Inmovilidad después del parto ^c Cesárea principalmente si es de emergencia ^c

^aNo existen suficientes datos para evaluar el incremento del riesgo de cada uno por separado. ^bSe deben evaluar permanentemente porque pueden desaparecer. ^cEstos son factores de riesgo solo para el posparto.

Adaptación de Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Thromboprophylaxis during pregnancy, labour and after vaginal delivery: tabla 1. Guideline No. 37.* Londres: RCOGT; 2004.

Anexo 1

Administración de tromboprofilaxis

La tromboprofilaxis durante el embarazo debe iniciarse tan pronto se defina su necesidad y continuarse o suspenderse de acuerdo a la evaluación del riesgo. La profilaxis en el posparto debe iniciarse tan pronto sea posible, una vez se verifique que no hay hemorragia posparto. Si la paciente recibió anestesia epidural se debe esperar cuatro horas después de retirar el catéter y seis horas si la inserción fue traumática.

Dosis de las heparinas de bajo peso molecular		
Profilaxis	Enoxaparina	Dalteparina
Peso normal (50 a 70 kg)	40 mg/día	5000 U/día
Peso <50Kg	20 mg/día	2500 U/día
Peso >90Kg	40 mg c/12h	5000 U c/12h
Dosis terapéutica	1mg/Kg c/12 h	90 U/Kg c/12h

Adaptado de Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Thromboprophylaxis during pregnancy, labour and after vaginal delivery: tabla 2. Guideline No. 37. Londres: RCOGT; 2004.

Bibliografía

Drife J. Capítulo 2: Thrombosis and thromboembolism. En: Gwyneth L. Why Mothers Die 2000-2002 - Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London: RCOG; 2004. p. 230-270.

Greer I A. Prevention of venous thromboembolism in pregnancy. Best Practice & Research Clinical Haematology. Vol 16 (2) 2003 p. 261-278.

Jordaan DJ, Schoon MG, Hons BS, Badenhorst PN. Thrombophilia screening in Pregnancy. Obstetrical and Gynecological Survey. Vol 60 (6) 2005. p : 394-404.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Thromboprophylaxis during pregnancy, labour and after vaginal delivery. Guideline No. 37. Londres: RCOGT; 2004.

