

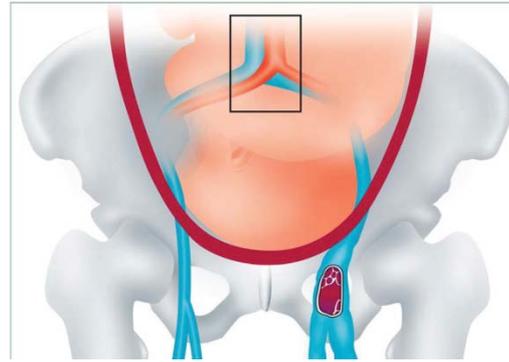


ANTICOAGULACIÓN EN EMBARAZO

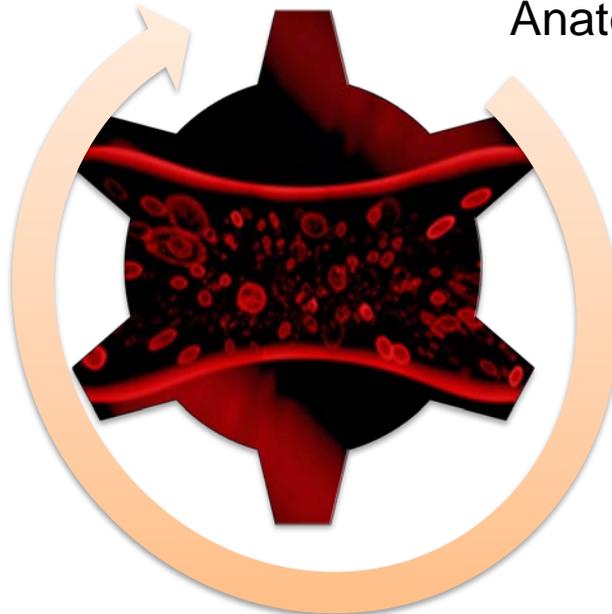
Dra. Patricia Fardella Bello.

6 de octubre de 2011. Reñaca

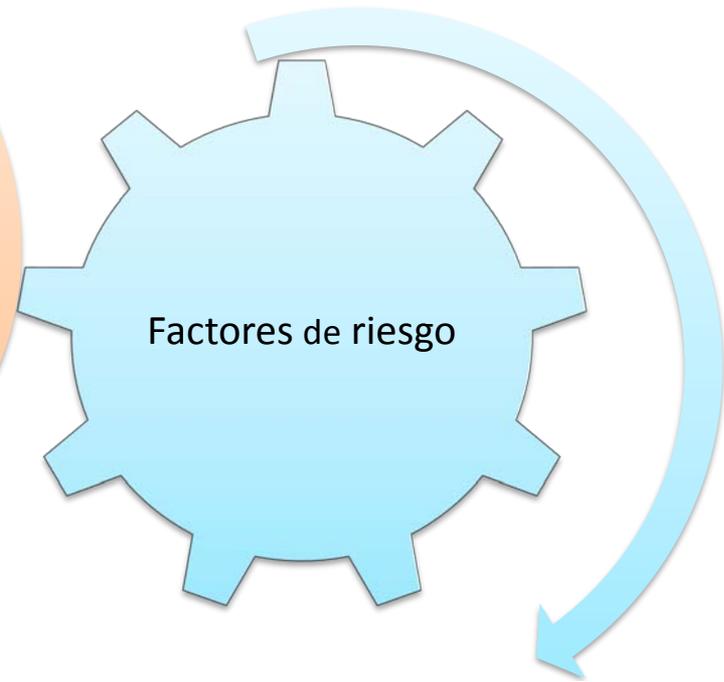
Riesgo Trombótico en Embarazo



Anatómicos del embarazo



Hipercoagulabilidad



Factores de riesgo

Trombosis:

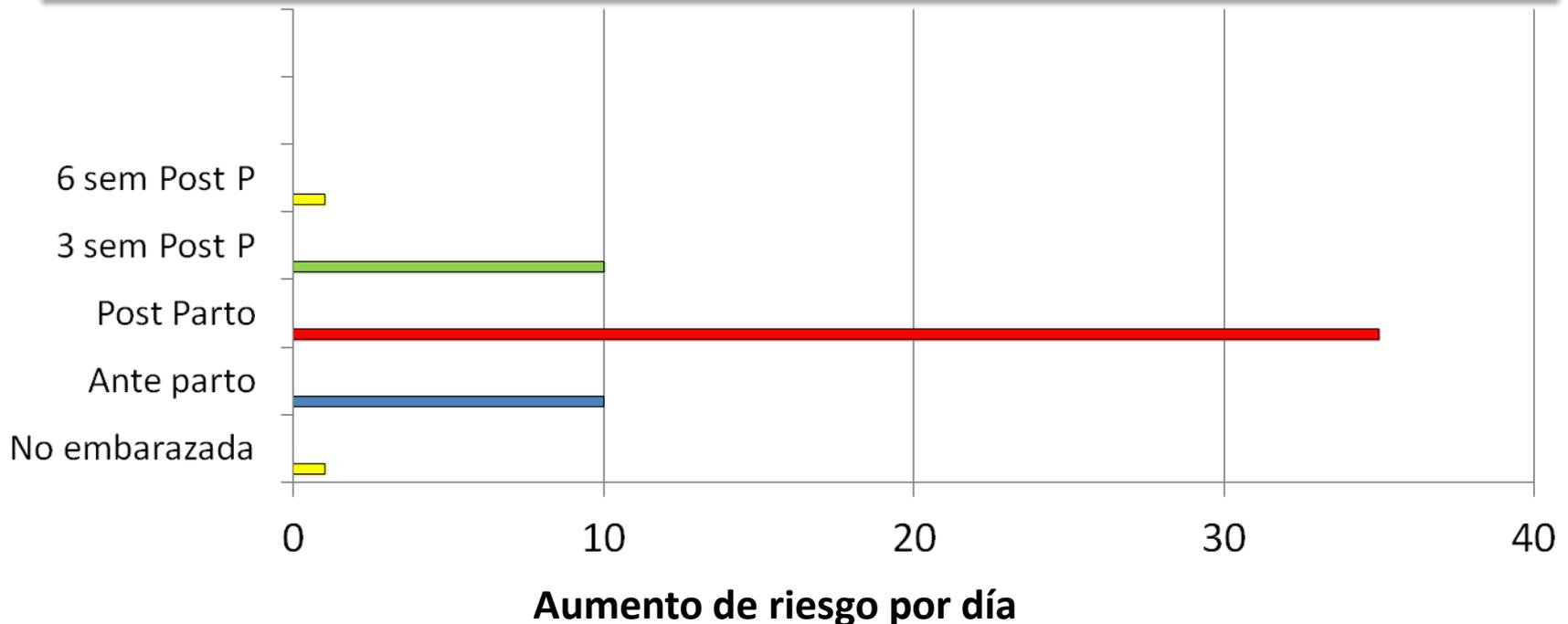
Principal causa de morbilidad y mortalidad maternas

1,2 a 4,7 muertes/100.000 embarazadas

5 – 12 VTE sintomáticas/ 10.000 embarazadas anteparto

15 – 45 VTE sintomáticas/10.000 embarazadas post parto

Riesgo de EP 5 veces mayor que en no embarazada



Dificultades en embarazo

Guías clínicas realizadas en no embarazadas + consideraciones especiales

- Teratogenesis

- Manejo periparto de anticoagulación

- Dosis en base a cambios de volumen plasmático (peso) y clearance renal de las heparinas

Guías The Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG)

Guías AHA/ACC

Revisión de Cochrane “there is insufficient evidence on which to base recommendations for thromboprophylaxis during pregnancy and the early postnatal period. Large scale randomized trials of currently-used interventions should be conducted.”

Factores de Riesgo VTE embarazadas: estudio casos y controles

Post Parto	OR ajustados (95% CI)
Cesárea electiva	1,3 (CI 0,7 – 2,2)
Infección post parto vaginal	20,2 (CI 6,4 – 63,5)
Infección post cesárea	6,2 (CI 2,4 – 16,2)
Inmovilización x 1 semana BMI < 25 Kg/m ²	10,8 (CI 4,0 – 28,8)
BMI ≥ 25 Kg/m ²	40,1 (CI 8,0 – 201,5)
Hemorragia post parto > 1000 ml con cirugía	12,0 (CI 3,9 – 36,9)
Pre parto BMI ≥ 25 Kg/m ²	2,4 (CI 1,7 – 3,3)
Tabaco (10 a 30 cigarros previo o durante embarazo)	3,4 (CI 2,0 – 5,5)

Ante Parto	OR ajustados (95% CI)
Inmovilización x 1 semana BMI < 25 Kg/m ²	7,7 (CI 3,2 – 19,0)
BMI ≥ 25 Kg/m ²	62,3 (CI 11,5 – 337)
Tabaco (10 a 30 cigarros previo o durante embarazo)	2,1 (CI 1,3 – 3,4)
Embarazo gemelar espontáneo	2,6 (CI 1,1 – 6,2)
Fertilización asistida	4,3 (CI 2,0 – 9,4)

Factores de Riesgos según RCOG

Pre Existentes

- VTE previa
- Trombofilia
- Comorbilidades
- Edad > 35 años
- Obesidad
- Tabaco
- Venas varicosas

Obstétricos

- Embarazo múltiple
- Fertilización asistida
- Pre eclampsia
- Cesárea
- Hemorragia PP + Tx
- Trabajo parto prolongado

Otros

- Cirugía durante el embarazo
- S hiperestimulación ovárica
- Hospitalización, inmovilización

Riesgos de Tratamiento Anticoagulante

Profilaxis post parto no está exenta de riesgos:

Sangrado: 1.5%

Trastornos de cicatrización post cesárea

Alergias cutáneas 1.8

Muy raro HIT

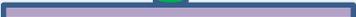
Riesgo hemorrágico post parto es mayor con dosis terapéuticas .

Mayor riesgo con inicio precoz y entusiasta

Riesgo osteoporosis bajo

Mujeres con BMI > 35 mayor riesgo de hemorragia post parto (> 500 ml) 38%.

9,2 veces + riesgo de hemorragia mayor (1000 ml) al usar LMWH antes del parto.

Factor de Riesgo (FR)	Recomendación: Profilaxis $\frac{3}{4}$ dosis terapéutico			
				
VTE previa + FR transitorio	Obs clínica 	 6 sem PP 	Heparinas	
VTE previa + FR (embarazo, estrógenos, otro FR permanente)	 	 		
VTE previa y trombofilia y/o historia familiar de trombosis	 o  	 al menos 6 sem PP 		
Trombofilia sin VTE previa				
Déficit de ATIII	 	 		
No Déficit AT III	Obs o  	 		
Cesárea urgencia o electiva + 1 FR + 2 FR no sea VTE o trombofilia		 7 días PP 	(RCOG)	
+ 3 FR no sea VTE o trombofilia	 	 		

Factor de Riesgo (FR)

Recomendación: Profilaxis

¾ dosis

terapéutico



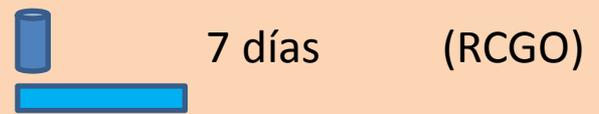
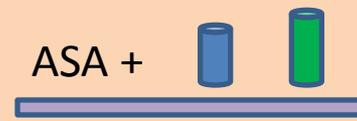
≥2 VTE previa sin TACO actual



≥2 VTE previa con TACO actual



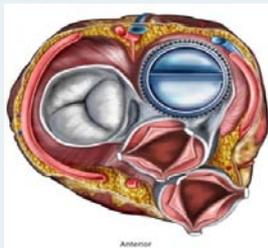
Síndrome antifosfolípido +
Historia ≥ 2 pérdidas precoces
o ≥ 1 pérdida tardía, RCIU,
Preeclampsia



Síndrome Antifosfolípido +
VTE previa en TACO actual



Válvulas protésicas



- LMWH c/12 Nivel anti-Xa 1-1.2 U/mL, 4 h post inyección
- UFH c/12, sc, todo el embarazo. TTPK al doble o niveles anti-Xa 0.35-0.70 U/mL
- Heparinas hasta las 13 sem / cambiar a warfarina hasta la mitad del 3er Trimestre / Heparinas

Condición	Conducta: VTE aguda en embarazo Iniciar tratamiento precoz	
VTE periodo agudo (24 horas)	<p>Con compromiso hemodinámico: trombolisis. Mínimo paso a placenta. Continuar con UFH y con paciente estable LMWH</p> <p>Sin compromiso hemodinámico: LMWH terapéutica o UFH</p>	
VTE periodo sub agudo (día 1 a 3 - 4 sem)	LMWH terapéutica, uso c/12 horas por 3 a 4 sem Control anti Xa semanal (0,5 -1,1)	
VTE periodo medio (más de 3 - 4 sem)	Reducir a $\frac{3}{4}$ dosis, 1 vez al día hasta 6 sem PP	
VTE reciente en anticoagulación	<p>VTE último mes: LMWH terapéutica </p> <p>VTE previos 12 meses: LMWH $\frac{3}{4}$ </p> <p>VTE más de 12 meses: LMWH profiláctica </p>	

Condición

Conducta: Manejo periparto

VTE peri parto (+ 37 sem)

Considerar instalar filtro de vena cava e en trombosis extensas y peri parto



Menos de 2 semanas

Filtro y suspender Heparina

2 a 4 semanas

Posible no instalar filtro,
Suspender LMWH
UFH hasta 6 h previo inducción del parto o anestesia regional,
eventual uso protamina
Reinicio precoz UFH o LMWH post parto

Manejo Heparinas:

Suspender heparina si inicia trabajo de parto

Cesárea y anestesia regional sin LMWH por 24 horas

Catéter peridural no retirar hasta 12 horas de la última dosis, la dosis siguiente al menos 4 horas después de retirado

Condición

Conducta: Reinicio anticoagulación post parto

VTE 1 a 3 m preparto

P Parto reiniciar con $\frac{3}{4}$ dosis terapéutica a las 6 hs

VTE más de 3 m preparto

P Parto reiniciar con $\frac{3}{4}$ dosis terapéutica a las 12 a 24 hs

En general

Reiniciar a las 12 hs P parto vaginal y 24 h post cesárea
En alto riesgo hemorrágico, reiniciar con UFH sin bolo

Evaluar hemostasia antes inicio anticoagulación

Heparinas y warfarina no pasan a la leche

Conclusiones

- Análisis individual y en el tiempo de factores de riesgo previo profilaxis.
- Inmovilización y obesidad frecuentes y de alto riesgo
- Tratamiento precoz y en base a guías.
- Elegir el tratamiento mejor llevado: Heparinas vs heparina/ACO.
- Monitorear coagulación con anti Xa de rutina o al menos en pesos extremos y falla renal
- Inicio juicioso de anticoagulación post parto para disminuir hemorragias

