



# Accidentes tromboembólicos venosos y embarazo

A. Gaudineau, A. Gorse, N. Sananes, A.-S. Korganow, B. Langer

*La enfermedad tromboembólica (ETE) es, durante el embarazo, una de las causas principales de mortalidad y morbilidad materna en los países desarrollados. Las modificaciones fisiológicas vinculadas al embarazo y otros factores como la edad materna, la paridad, la obesidad, un parto instrumental o por cesárea y la anestesia general aumentan el riesgo de ETE en los tres trimestres del embarazo y en el posparto. Casi el 15% de la población europea caucásica tiene trombofilia, un trastorno congénito o adquirido de la hemostasia responsable de más del 50% de los accidentes tromboembólicos. La trombosis venosa de los miembros inferiores puede adoptar numerosos aspectos clínicos más o menos orientadores. Su diagnóstico depende en primer lugar de la ecografía Doppler. Debido al embarazo, si se sospecha una embolia pulmonar no debe vacilarse en recurrir a la gammagrafía de perfusión-ventilación o a la angiografía pulmonar. El tratamiento de la ETE se basa en el reposo en cama, la contención elástica y los tratamientos heparínicos. En los últimos años se han intentado definir tratamientos profilácticos adecuados a la gravedad de los factores de riesgo y, en particular, al tipo de trombofilia.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Trombosis; EP; Flebitis; Heparina; Trombofilia; Embarazo

## Plan

■ <b>Introducción</b>	<b>1</b>
■ <b>Factores de riesgo de la enfermedad tromboembólica durante el embarazo</b>	<b>2</b>
Estado de hipercoagulabilidad durante el embarazo	2
Factores de riesgo clásicos de los accidentes tromboembólicos y embarazo	2
Trombofilia y embarazo	2
Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF)	4
■ <b>Aspectos clínicos</b>	<b>5</b>
Trombosis venosa	5
Embolia pulmonar	7
■ <b>Tratamiento de la enfermedad tromboembólica y trombopprofilaxis durante el embarazo</b>	<b>8</b>
Riesgos asociados al tratamiento anticoagulante	8
Tratamiento curativo de la enfermedad tromboembólica	9
Tratamiento preventivo	10

## ■ Introducción <sup>[1-5]</sup>

La embolia pulmonar (EP) y la trombosis venosa profunda (TVP) son los dos componentes de una misma patología: la enfermedad tromboembólica (ETE). Así, alrededor del 30% de las EP aparentemente aisladas se asocian a TVP que pasan inadvertidas. Además, la frecuencia de las EP «silenciosas» en pacientes con TVP se estima en el

40-50%. La ETE es más frecuente y también más difícil de diagnosticar durante el embarazo. Su incidencia se calcula en 0,76-1,72 cada 1.000 embarazos, es decir, unas cuatro veces más que en la población no gestante. En un metaanálisis se ha demostrado que, en general, dos tercios de los casos de TVP durante el embarazo se producen en el último trimestre. En cambio, el 43-60% de los episodios de EP relacionados con un embarazo se producen en el posparto.

Por desgracia, la EP sigue siendo una de las causas principales de fallecimiento materno en el mundo industrializado. Las estimaciones promedio de fallecimientos maternos atribuidos a una EP en Estados Unidos o Europa son de 1,1-1,5 cada 100.000 nacimientos <sup>[6]</sup>. En Gran Bretaña, un tercio de los fallecimientos maternos se debería a una ETE. En Francia, los accidentes tromboembólicos son la tercera causa de mortalidad materna (excluida la embolia amniótica), con un índice global de fallecimiento materno de 0,95 cada 100.000 nacidos vivos, es decir, alrededor del 10% del total de las muertes maternas registradas en el período 2001-2006 <sup>[7]</sup>. En el 89% de los casos son secundarias a una EP, mientras que en el 11% restante se relacionan con una trombosis venosa cerebral.

En tanto que las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas son precisas fuera del embarazo, en numerosos casos se registran dificultades diagnósticas y retrasos en la asistencia médica a las mujeres embarazadas o en el posparto inmediato, lo que pone de relieve la importancia de un enfoque preventivo, diagnóstico y terapéutico bien definido.

## Factores de riesgo de la enfermedad tromboembólica durante el embarazo

La ETE es multifactorial. Virchow había descrito tres causas principales de trombosis: la estasis sanguínea, una modificación de la pared vascular y una modificación de la composición de la sangre<sup>[6,8]</sup>. Los factores de riesgo conocidos de trombosis venosa durante el embarazo se relacionan con las tres causas.

### Estado de hipercoagulabilidad durante el embarazo

El embarazo se caracteriza por un estado de hipercoagulabilidad:

- aumentan las concentraciones y la actividad de los inhibidores de la fibrinólisis, del inhibidor de la fibrinólisis activable por trombina (TAF1) y de los inhibidores de la activación del plasminógeno (PAI1-PAI2);
- aumentan las concentraciones de los factores II, VII, VIII y X;
- también aumentan las concentraciones del fibrinógeno y del factor de von Willebrand;
- disminuye la actividad de la proteína S debido a la reducción de la concentración de proteína S total y libre;
- la resistencia a la proteína C activada aumenta durante el segundo y el tercer trimestre.

El estado de embarazo, incluso no complicado, se acompaña de un aumento de la actividad hemostática, que se caracteriza por una activación de la coagulación y el aumento de algunos marcadores como el fragmento F1+2 de la protrombina y de los dímeros D.

### Factores de riesgo clásicos de los accidentes tromboembólicos y embarazo

- Edad. Es un factor de riesgo independiente. Anderson ha demostrado un aumento exponencial del riesgo con la edad (riesgo relativo [RR] = 1,9 por década)<sup>[9]</sup>. El riesgo de TVP se duplica y el de EP se triplica si la mujer tiene más de 35 años.
- Antecedentes de trombosis. Para las pacientes que han sufrido una trombosis en el pasado, el riesgo de recidiva durante el embarazo se estima en el 10%<sup>[10,11]</sup>.
- La paridad (tercer embarazo y más) duplica el riesgo de ETE del posparto en relación con un segundo embarazo.
- La inmovilización y el reposo prolongado en cama agravan la estasis venosa.
- Una intervención quirúrgica.
- La cesárea, sobre todo de urgencia, es un factor de riesgo que influye en el posparto en particular<sup>[12]</sup>. El factor de riesgo vinculado a la cesárea se estima en 2-5.
- Las maniobras instrumentales.
- La presencia de várices.
- La obesidad. Aunque es motivo de controversia, se la encuentra en la mayoría de los metaanálisis como un factor de riesgo independiente de trombosis venosa y de EP.
- La preeclampsia.
- El tabaco (más de 10 cigarrillos diarios) favorecería, para algunos autores, las ETE del posparto y no del anteparto.
- La compresión mecánica de la vena ilíaca izquierda (síndrome de Cockett) explica la localización izquierda del 75% de las flebitis obstétricas. Además, existe una reducción de aproximadamente el 50% del flujo venoso

### Cuadro 1.

Prevalencia estimada de los estados de trombofilia constitucional y riesgo de trombosis asociada durante el embarazo en una población europea (según<sup>[11]</sup>).

Factor de riesgo	Prevalencia (%)	Cociente de posibilidades
Mutación del factor V Leiden		
- Heterocigótica	2-7	9
- Homocigótica	0,2-0,5	34
Mutación de la protrombina		
- Heterocigótica	2	7
- Homocigótica	Infrecuente	26
Déficit de antitrombina	<0,1-0,6	5
Déficit de proteína C	0,2-0,3	5
Déficit de proteína S	<0,1-0,1	3

entre las 25-29 semanas de gestación, que persiste hasta 6 semanas después del parto.

Se mencionan algunos factores de riesgo adicionales, en comparación con los de la población general:

- la etnia y el lugar geográfico. En un estudio californiano, se ha demostrado que, en comparación con las personas de raza blanca, el riesgo de TVP se multiplica por 1,3 en los estadounidenses de origen africano, por 0,6 en las personas de origen hispano y por 0,3 en las de origen asiático o procedentes de las islas del Pacífico<sup>[13]</sup>. Es probable que las diferencias de prevalencia de las trombofilias (factor V Leiden, mutación del factor II) y de otras particularidades genéticas expliquen al menos de forma parcial las diferencias de prevalencia de las TVP entre las distintas etnias<sup>[14]</sup>. En particular, las pacientes de origen africano suelen tener un índice de masa corporal (IMC) más elevado, una prevalencia de hipertensión arterial (HTA) más alta y, sobre todo, una prevalencia de drepanocitos más de 20 veces superior, como ha quedado demostrado en el reciente estudio de Philipp<sup>[15]</sup>;
- la drepanocitosis;
- patologías asociadas: neoplasmas, síndromes mielo o linfoproliferativos, insuficiencia renal, en particular con síndrome nefrótico, enfermedades inflamatorias del tubo digestivo;
- la hemoglobinuria paroxística nocturna.

### Trombofilia y embarazo<sup>[1,16-19]</sup>

El estado de trombofilia se define como un trastorno de la hemostasia que predispone a un accidente trombótico. La prevalencia de los contextos genéticos de trombofilia depende de la población estudiada (Cuadro 1)<sup>[1]</sup>. Hay estudios que sugieren que casi el 50% de los casos de ETE de la mujer embarazada se asociaría a una trombofilia adquirida o de origen genético. Sin embargo, aunque la frecuencia de un contexto genético de trombofilia es de alrededor del 15% en los países industrializados no asiáticos y no africanos, la ETE sólo afecta al 0,1% de los embarazos. Por consiguiente, la existencia de una trombofilia durante el embarazo no produce forzosamente una trombosis, a pesar del estado de hipercoagulabilidad asociado, y, por tanto, no se justifica una detección sistemática. En vista de los cambios ya citados de la hemostasia, tampoco sería útil la detección de urgencia ante la aparición de una trombosis durante el embarazo. En cambio, podría efectuarse a distancia, en función del contexto clínico. En el metaanálisis de Robertson se ha calculado el riesgo de trombosis asociado a los contextos constitucionales de trombofilia (Fig. 1)<sup>[17]</sup>.

### Déficit de antitrombina (AT)

El carácter constitucional de una trombofilia puede sospecharse por los antecedentes familiares de ETE.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3918816>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3918816>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)