



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Utilización de heparinas de bajo peso molecular para la profilaxis y el tratamiento de la enfermedad tromboembólica en pacientes embarazadas



Amparo Santamaría^a, Bernat Serra^b, María Fernanda López^c, María Angeles Palomo^d, Manel Casellas^e, Esteve Colomé^{f,*}, María Ferreiro^g y Jordi Fontcuberta^h

^a Servicio de Hematología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^b Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, España

^c Servicio de Hematología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

^d Servicio de Hematología, Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga, España

^e Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^f Departamento de Scientific Affairs, Laboratorios LEO Pharma S.A., Barcelona, España

^g Servicio de Hematología, Hospital de Montecelo, Pontevedra, España

^h Unitat d'Hemostàsia i Trombosi, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Recibido el 7 de enero de 2015; aceptado el 10 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 13 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Heparina de bajo peso molecular;
Embarazo;
Tromboembolismo venoso;
Profilaxis;
Tratamiento

Resumen Estudio observacional que valoró la seguridad de heparina de bajo peso molecular (HBPM) administrada para la profilaxis o el tratamiento de complicaciones tromboembólicas durante el embarazo.

Diseño: Se revisaron retrospectivamente historias clínicas y se recogió el resultado del embarazo y los acontecimientos adversos. El riesgo tromboembólico (ETE) se analizó mediante la clasificación del *Royal College of Obstetrics and Gynaecologist*.

Resultados: Se incluyeron 127 pacientes (131 fetos) con edad media de $32,3 \pm 4,3$ años. La HBPM se indicó por ETEV aguda en 11 (8,6%) pacientes y por profilaxis en 116 (91,4%). En el grupo de profilaxis hubo 38 (30,0%), 49 (38,6%) y 29 (22,8%) pacientes con riesgo de ETEV alto, moderado y bajo respectivamente.

Los nacidos vivos fueron 127 (97%) —19 (15,1%) pretérmino—. Una paciente con déficit de antitrombina desarrolló ETEV. Hubo 25 casos de sangrado (18 [72%] hematomas subcutáneos). **Conclusión:** La HBPM es bien tolerada y segura para la profilaxis y el tratamiento de las complicaciones tromboembólicas del embarazo.

© 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esteve.colome@leo-pharma.com (E. Colomé).

KEYWORDS

Low molecular weight heparin;
Pregnancy;
Venous thromboembolism;
Prophylaxis;
Treatment

Use of low molecular weight heparin for thromboprophylaxis and treatment of venous thromboembolism in pregnant women

Abstract This observational study evaluated the safety of low molecular weight heparin (LMWH) for the prophylaxis and treatment of thromboembolic complications in pregnancy.

Study Design: The medical records of pregnant women were identified and reviewed retrospectively. Information was extracted on LMWH use, pregnancy outcome, and adverse events. The Guidelines of the Royal College of Obstetrics and Gynaecologists were used to evaluate the thromboembolic risk.

Results: Data were collected on 127 pregnancies (131 fetuses); the mean age was 32.3 ± 4.3 . LMWH was prescribed for acute venous thromboembolism in 11 patients (8.6%) and for prophylaxis in 116 (91.4%). For the prophylaxis group, there were 38 (30.0%), 49 (38.6%) and 29 (22.8%) patients with high, moderate and low venous thromboembolism risk, respectively.

There were 127 (97%) live births (19 preterm [15.1%]). In the prophylaxis group, one venous thromboembolism occurred in a patient with antithrombin deficiency. Safety outcomes included 25 cases of bleeding (18 [72%] were injection site hematomas).

Conclusion: We found that LMWH was well tolerated and safe for the prophylaxis and treatment of thromboembolic complications during pregnancy.

© 2015 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La incidencia estimada de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) durante el embarazo ocurre en uno de cada 1.000 embarazos^{1,2}. La prevención primaria y el tratamiento de la ETE durante el embarazo son esenciales para reducir la morbimortalidad materna³.

La gestación provoca un aumento de factores procoagulantes y una disminución de la fibrinólisis⁴. Varios factores pueden incrementar significativamente el riesgo de la ETE durante el embarazo, incluyendo la edad mayor de 35 años, la multiparidad, la obesidad, el reposo prolongado, así como la historia personal o familiar de ETE y las trombofilias congénitas o adquiridas⁵. Por lo tanto, los trastornos de hipercoagulabilidad, como la deficiencia de antitrombina, el factor V Leiden homocigoto, las mutaciones del factor II 20210A o las trombofilias combinadas con otros factores de riesgo de ETE requieren trombopprofilaxis con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) durante el embarazo⁶.

En muchos casos la decisión de iniciar la trombopprofilaxis se toma caso a caso. Tampoco está claramente estipulado cuándo iniciar la trombopprofilaxis, aunque se conoce que la estasis venosa se produce precozmente (a finales del primer trimestre) y alcanza su máximo al final del embarazo⁷. Como resultado, la identificación de las pacientes que se beneficiarían de la profilaxis es difícil. Por otro lado, en mujeres embarazadas hay una preocupación adicional por las potenciales complicaciones obstétricas. Sin embargo, existe controversia en cuanto a utilizarla en estos casos, excepto en el síndrome antifosfolipídico⁸.

Las HBPM son el tratamiento de elección para la profilaxis y el tratamiento de la ETE durante el embarazo⁹, pero durante el embarazo se producen cambios fisiológicos como el incremento de la tasa de filtrado glomerular, el incremento del volumen plasmático o la producción de heparinasa placentaria^{10,11}, por lo que se sugiere que la farmacocinética y la farmacodinamia de las HBPM pueden también estar alteradas y que podrían no estar bien establecidos los regímenes

de dosificación para la prevención y el tratamiento de la ETE durante el embarazo.

Recientemente se ha publicado un estudio retrospectivo que analizaba la seguridad de una cohorte de gestantes que recibieron tinzaparina en cualquier periodo del embarazo que incluía datos de embarazadas españolas¹². El objetivo de este trabajo es presentar el subgrupo de datos de utilización de tinzaparina entre las mujeres españolas.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional retrospectivo, multicéntrico y nacional en el que se pretendía estudiar una cohorte de gestantes que recibieron tinzaparina en cualquier periodo del embarazo, administrada en dosis profilácticas o de tratamiento, con el objetivo de determinar la seguridad de este fármaco. El estudio fue promovido por laboratorios LEO Pharma, S.A.

El periodo del estudio comprendía desde enero de 2000 a 2009, y la información extraída de las historias clínicas era anónima. El protocolo del estudio fue aprobado por el comité ético de investigación clínica de referencia de uno de los hospitales participantes.

Recogida de datos

El periodo de tiempo para recoger datos empezaba cuando la tinzaparina se administraba por primera vez durante el embarazo y continuaba hasta 6 semanas después del parto. La revisión se realizó retrospectivamente hasta que las historias clínicas estaban incompletas o la tinzaparina no se utilizaba. Se analizaron datos demográficos maternos, historia obstétrica completa, historia clínica materna, utilización de tinzaparina durante el embarazo, embarazo actual, parto, datos demográficos neonatales, complicaciones neonatales e

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968619>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968619>

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