



# Tratamiento anticoagulante durante el embarazo

C. Chauleur, T. Raia-Barjat

*La administración de tratamientos anticoagulantes durante el embarazo se reserva para la prevención y el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) y las enfermedades vasculares placentarias (EVP): preeclampsia y sus complicaciones, retraso del crecimiento intrauterino, abortos espontáneos de repetición y muerte fetal in utero. Estas enfermedades son multifactoriales, pero la simple anamnesis resulta suficiente para identificar sus factores de riesgo, lo cual es primordial para su prevención. Los principales factores de riesgo clínicos son los antecedentes personales y familiares. Las trombofilias también constituyen un riesgo variable en función de la anomalía de la ETE, pero su participación en la EVP es más incierta. Las heparinas de bajo peso molecular han sustituido a las heparinas no fraccionadas y constituyen el tratamiento de elección de la ETE durante el embarazo. Dado que no atraviesan la barrera placentaria, las heparinas de bajo peso molecular son seguras para el feto, a diferencia de las antivitaminas K y los nuevos anticoagulantes orales. Estos últimos están, por lo tanto, formalmente contraindicados. La aspirina a dosis bajas es actualmente el único tratamiento que ha demostrado resultar beneficioso para la prevención de las EVP. El tratamiento se basa en la aplicación de las recomendaciones. La uniformización de los tratamientos es fundamental para ello; la utilización de una estratificación del riesgo tromboembólico y de enfermedad vascular placentaria es deseable y susceptible de mejorar la morbimortalidad, al limitar los excesos y carencias terapéuticas en estas pacientes.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Anticoagulantes; Embarazo; Enfermedad tromboembólica venosa; Patologías

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Epidemiología</b>	1
Enfermedad tromboembólica venosa	1
Enfermedades vasculares placentarias	2
■ <b>Factores de riesgo</b>	3
Enfermedad tromboembólica venosa	3
Enfermedades vasculares placentarias	4
■ <b>Actitud terapéutica</b>	5
Medios	5
Recomendaciones para el tratamiento de las pacientes	6
■ <b>Conclusión</b>	6

## ■ Introducción

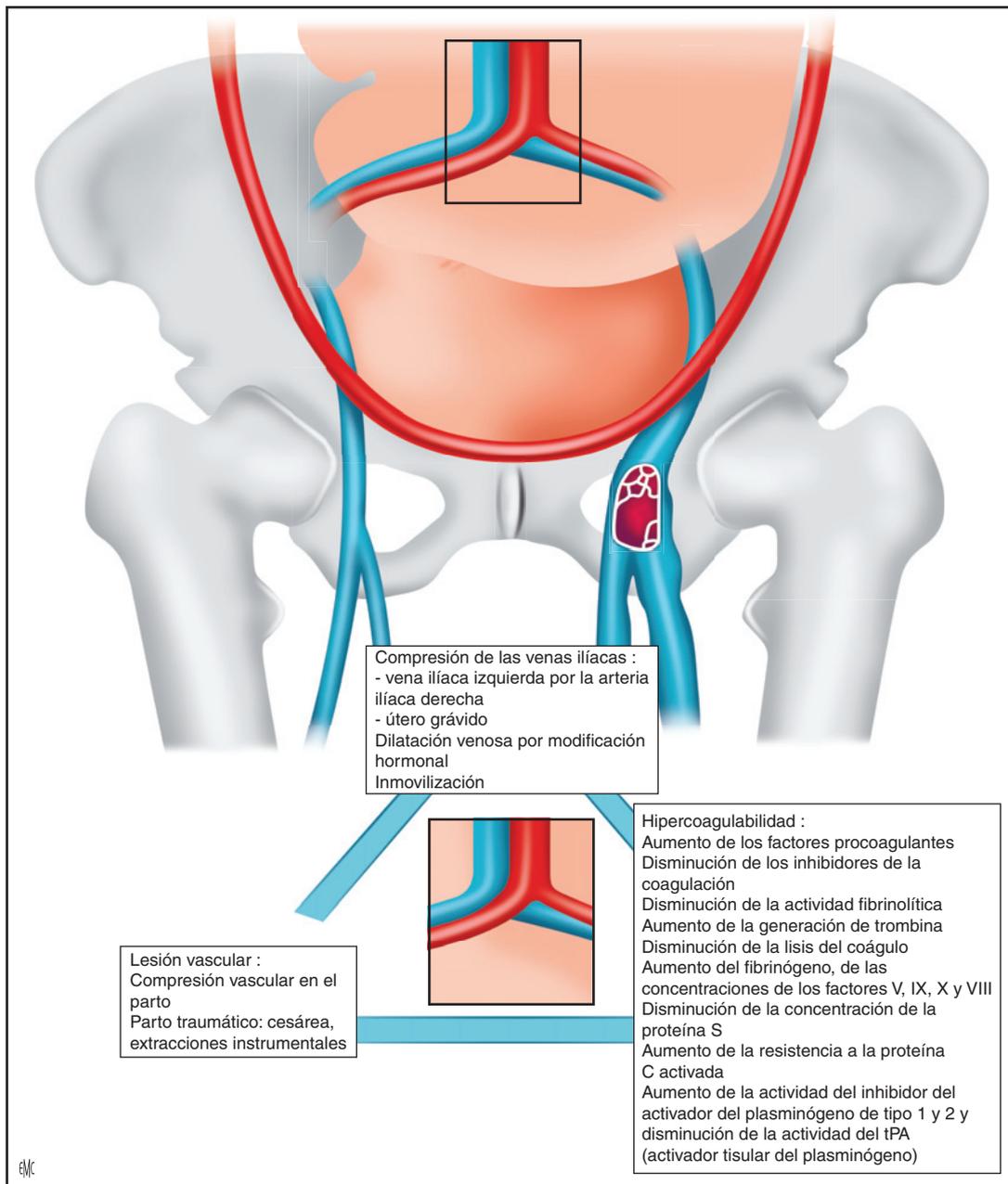
La administración de antitrombóticos durante el embarazo es frecuente. El embarazo es un período de riesgo de enfermedad vasculares, enfermedad tromboembólica venosa (ETE) materna, por una parte, y enfermedades vasculares placentarias (EVP), por otra parte. Virchow describió los mecanismos de constitución de una trombosis venosa, dando lugar a la clásica «tríada de Virchow» (Fig. 1). Asocia estasis venosa, hipercoagulabilidad y efra-

ción vascular <sup>[1]</sup>. Estos tres mecanismos son a menudo concomitantes, y el papel de cada uno de ellos es variable a lo largo del embarazo. Las efracciones vasculares predominan en el momento del parto, la hipercoagulabilidad es fisiológica durante el embarazo y el posparto y, finalmente, la estasis venosa es la consecuencia de la dificultad para el retorno venoso de las extremidades inferiores, causada por la compresión uterina, que se manifiesta por una reducción del flujo de alrededor del 50% a partir de la 25.ª semana del embarazo <sup>[2]</sup>. Esta activación de la hemostasia favorece de este modo la formación de trombosis y, por lo tanto, constituye la principal indicación de tratamiento anticoagulante. De este modo, la ETE, que incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar (EP), y las EVP, que incluyen la preeclampsia (PE), los abortos espontáneos de repetición, la muerte fetal in utero (MFIU), el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) y el hematoma retroplacentario (HRP), pueden requerir la administración de tratamientos antitrombóticos con carácter preventivo o terapéutico <sup>[1, 3, 4]</sup>.

## ■ Epidemiología

### Enfermedad tromboembólica venosa

El embarazo aumenta el riesgo de ETE con un cociente de probabilidades (OR, *odds ratio*) comprendido entre 2



**Figura 1.** Tríada de Virchow (según Bourjeily et al <sup>[1]</sup>).

y 10 según los trimestres <sup>[5]</sup>. La incidencia de la ETEV durante el embarazo es de 1,4/1.000 según un metaanálisis reciente <sup>[6]</sup>. Sin embargo, la incidencia varía entre 1,2/1.000 durante el embarazo y 4,2/1.000 durante el posparto <sup>[7]</sup>. Esto corresponde a una incidencia de 1,1/1.000 para la TVP y de 0,3/1.000 para la EP <sup>[6]</sup>. Además, es posible que estas estimaciones se hayan realizado a la baja, ya que muchos estudios provienen de registros hospitalarios y raramente tienen en cuenta el primer trimestre; asimismo, en el posparto, sólo se contabilizan los casos producidos durante el ingreso o los casos hospitalizados. La incidencia aumenta durante los tres trimestres de embarazo, y alcanza un máximo en el momento del parto y en el posparto, con un riesgo máximo en las primeras 2 semanas, pero con un incremento del riesgo que persiste hasta las 12 semanas del posparto <sup>[8-10]</sup> (Fig. 2). En resumen, el riesgo de desarrollar una ETEV es 3-15 veces mayor en el posparto que en el período prenatal <sup>[11]</sup>. Los episodios tromboembólicos son TVP en el 85% de los casos, principalmente izquierdas a causa de la compresión de la vena ilíaca común izquierda por la arteria ilíaca común derecha y el útero grávido <sup>[12]</sup>. Un metaanálisis demuestra que

dos tercios de los casos de TVP se producen en el período prenatal, pero, en cambio, alrededor del 60% de las EP se produce en el periparto o el posparto <sup>[13]</sup>. En consecuencia, en los países desarrollados, la ETEV es una de las principales causas de mortalidad materna después de las hemorragias del alumbramiento, sin que el número de muertes haya disminuido en la última década <sup>[14]</sup>.

## Enfermedades vasculares placentarias

Estas enfermedades son frecuentes, ya que se estima que el 20% de los embarazos es susceptible de complicarse con una de estas enfermedades. La prevalencia de la PE se encuentra entre el 3-8% de los embarazos <sup>[15, 16]</sup>, y la del HRP, entre el 5-15%. En cuanto a la MFIU, su prevalencia difiere en función de las semanas de amenorrea (SA) que los diferentes estudios consideran: con umbrales que van de las 14 a las 22 SA, se encuentran valores entre el 3% y el 5% <sup>[16]</sup>. Los abortos espontáneos (AE) son muy frecuentes, hasta el 50% de los embarazos, pero el 5% de las pacientes sufre al menos dos AE y el 1-2% presenta tres

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777821>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777821>

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