

Hematología y anticoncepción Aspectos Prácticos

Dr. Oscar Martínez Pérez
Hospital Infanta Elena
Hospital Gregorio Marañón
MADRID

Enfermedad Tromboembólica venosa

La enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE), representada por la trombosis venosa profunda (TVP) y el embolismo pulmonar (EP), es la principal causa de mortalidad materna asociada al embarazo y posparto en nuestro medio.

medio.

Why Mothers Die 1997-1999



Major causes of death

Thrombosis and thromboembolism

Thrombosis and thromboembolism remain the major *Direct* cause of maternal death, although the rate, 16.5 per million maternities, has fallen from the all-time high of 21.8 per million maternities in last Report. They account for 33% of all *Direct* maternal deaths. However, this overall death rate hides two key findings:

- The number of deaths from thromboembolism following caesarean section has fallen dramatically following the introduction and routine use of guidelines for thromboprophylaxis.
- Conversely, there has been a significant rise in the number of deaths from thromboembolism in other women, in many of whom the diagnosis was missed in either general practice or A&E departments or in women who, despite having known risk factors, were not offered appropriate thromboprophylaxis.

Table 1.5 - Death rates by major cause of death per million maternities; United Kingdom 1985-96. The shaded column for 1994-96 reflects the new system of case ascertainment.

| Chapter | Cause | Rate 1985-87 | Rate 1988-90 | Rate 1991-93 | Rate 1994-6 |
|---------|---|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| 2 | Thromboembolism | 14.6 | 14.0 | 15.1 | 21.8* |
| 3 | Pregnancy-induced hypertension | 11.9 | 11.4 | 8.6 | 9.1 |
| 4 | Haemorrhage | 4.4 | 9.3 | 6.5 | 5.5 |
| 5 | Amniotic fluid embolism | 4.0 | 4.7 | 4.3 | 7.7 |
| 6 | Early pregnancy | 10.6 | 10.2 | 7.8 | 6.8 |
| 7 | Sepsis | 2.6 | 3.0 | 3.9 | 6.4 |
| 8 | Total uterine trauma/other <i>Direct</i> ** | 11.8 | 7.2 | 6.0 | 3.2 |
| | Uterine trauma | 2.6 | 1.3 | 1.7 | 2.3 |
| | Other <i>Direct</i> | 9.2 | 5.9 | 4.3 | 0.9 |
| 9 | Anaesthetic | 2.6 | 1.7 | 3.5 | 0.5 |
| 10 | Cardiac <i>Indirect</i> | 10.1 | 8.9 | 16.0 | 17.7 |
| 11 | Other <i>Indirect</i> | 27.0 | 30.5 | 27.2 | 39.1 |
| 12 | Psychiatric <i>Indirect</i> *** | - | - | - | 4.1 |
| 2-12 | Total <i>Direct</i> and <i>Indirect</i> | 99.6 | 100.9 | 98.9 | 121.9 |
| 13 | <i>Fortuitous</i> **** | 11.3 | 16.5 | 19.9 | 16.4 |
| 14 | <i>Late</i> **** | N/A | 20.3 | 19.9 | 32.8 |

La enfermedad Tromboémbolica

- El riesgo de ETEV aumenta 3-6 veces durante el embarazo en comparación con mujeres no embarazadas de edad similar.
- Un porcentaje muy importante de los episodios trombóticos ocurre en las 6 primeras semanas posparto.

Riesgo relativo e incidencia de Enfermedad Tromboembólica venosa

| Población | RR | Incidencia/100.000 y año |
|--|------|--------------------------|
| Mujeres jóvenes | 1 | 4-5 |
| Mujeres gestantes | 12 | 48-60 |
| Usuaris anticonceptivos alta dosis | 6-10 | 24-50 |
| Usuaris anticonceptivos baja dosis | 3-4 | 12-20 |
| Portadora del Factor V de Leiden | 6-8 | 24-40 |
| Portadora Factor V Leiden y usuaria de anticonceptivos | 30 | 120-150 |
| Homocigoto para el factor V de Leiden | 80 | 320-400 |


Prevalencia de deficiencias congénitas de factores inhibidores de la coagulación y de la resistencia a proteína C

| Prevalencia (%) | Población general | Población con trombosis | Población con trombosis e historia familiar |
|---|-------------------|-------------------------|---|
| Déficit de antitrombina III | 0.1 | 1.2 | 4.2 |
| Déficit de proteína C | 0.3 | 3.6 | 4.9 |
| Déficit de proteína S | 0.1 | 2.4 | 5.1 |
| Resistencia a la proteína C activada. Factor V Leiden.Hete | 5.7 | 28 | 46 |
| Total | 6.2 | 35.2 | 60.2 |

¿Está indicada la profilaxis de la ETV en el parto vaginal? ¿Y en la cesárea?
¿Cuál es el mejor método de anticoncepción tras el parto?



Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
Setting standards to improve women's health



La trombosis
en el
embarazo
y el parto

COMITÉ DE
TROMBOSIS Y EMBARAZO

Manel Casellas

Jordi Fontcuberta

Ramón Lecumberri

Pilar Ullas

M.^a Fernanda López-Fernández

Óscar Martínez

José A. Páramo

Isabel Ramírez

Francisco J. Rodríguez Martorell

Maricel Subirá

go de la gestación, si bien debe advertirse del elevado riesgo de embriopatía.

- e) En mujeres con válvulas protésicas cardíacas y alto riesgo tromboembólico, se sugiere la adición de bajas dosis de aspirina (75-162 mg/día).

Profilaxis y anestesia neuroaxial en el embarazo y el parto

En términos generales, no se empleará anestesia locoregional hasta al menos 12 h después de la última dosis profiláctica de HBPM. En mujeres que reciben HBPM a dosis terapéuticas no se emplearán técnicas anestésicas regionales hasta pasadas al menos 24 h de la última dosis de HBPM. No se reiniciará la administración de HBPM hasta 6 h después de la retirada del catéter epidural. Existen recomendaciones específicas de la Sociedad Española de Anestesia, así como legislación al respecto.

Anticoncepción hormonal posparto en pacientes con riesgo de ETEV

Una cuestión que se plantea con frecuencia en una mujer con riesgo de ETEV después del parto es la introducción de un método anticonceptivo hormonal.

Dada la situación de hipercoagulabilidad del periodo puerperal, la anticoncepción en esta época debe tener unas características determinadas:

- No alterar la calidad de la leche.
- No reducir la cantidad de leche.
- No incrementar riesgos en la puérpera.

A este respecto, las últimas recomendaciones de la Sociedad Española de Contracepción y de la Organización Mundial de la Salud serían las siguientes:

1. Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) no deben ser utilizados en pacientes con antecedentes de ETEV ni en portadoras de trombofilia, aunque dichas pacientes sean asintomáticas.
2. El uso de gestágenos a dosis anticonceptivas no parece aumentar el riesgo de ETEV, infarto de miocardio o ictus. Los anticonceptivos de sólo gestágenos deberían comenzar a utilizarse a partir de la 6.ª semana posparto, aunque no hay evidencias para esta recomendación. En algunos casos, a pesar de la baja probabilidad de embarazo en este periodo, se podría iniciar un método de sólo gestágenos antes de las 6 semanas.
3. Los preparados con sólo gestágenos pueden ser opciones anticonceptivas apropiadas para las mujeres con historia anterior de ETEV. No obstante, se desconoce si el uso de estos preparados en mujeres con ETEV actual incrementa el riesgo.

Otros métodos anticonceptivos, no hormonales, en posparto-postaborto de pacientes con riesgo de ETEV

MÉTODOS NATURALES

Son de baja eficacia. No presentan contraindicaciones. Se pueden clasificar en:

- **Lactancia materna:** si se mantienen más de 6 tomas al día, el riesgo de ovulación es del 1-5%. El riesgo aumenta tras el 6.º mes posparto o si aparecen menstruaciones espontáneas.
- **Métodos basados en el moco cervical**
- **Temperatura basal corporal**
- **Métodos del ritmo o calendario**
- **Otros:** aplicación tecnológica de los métodos naturales, detectando el incremento de hormona luteínica (LH). Reduce el periodo de abstinencia a 8-9 días, y el índice de Pearl al 2-9%.

MÉTODOS DE BARRERA

La eficacia es menor que la de los métodos hormonales o el dispositivo intrauterino (DIU). En general, no existen restricciones para su uso.

- **PRESERVATIVO MASCULINO.** Eficacia, índice de Pearl: 2-12%.
- **PRESERVATIVO FEMENINO.** Eficacia anticonceptiva: entre el 89-95% y el 74-88%.
- **DIAFRAGMA:**
 - Hay que esperar a que el cuello adquiera su tamaño y volver a hacer una medición para determinar el mismo.
 - **EFICACIA,** índice de Pearl: del 4-6% al 13-18% (diafragma con espermicida).
- **ESPERMICIDAS.** Eficacia, índice Pearl: 18-29%.
- **ESPONJA VAGINAL.** EFICACIA con uso correcto:
 - Nuípara: 9-16%
 - No nuípara: 20-32%

Dispositivo intrauterino

El uso del DIU posparto no es una práctica habitual en nuestro medio, pero existen las siguientes evidencias al respecto:

- No hay contraindicación para la inserción del DIU en el posparto inmediato (tras la involución uterina completa), salvo ante la presencia de infección puerperal (grado de evidencia II-1).
- La colocación del DIU a partir de la 4.^a semana posparto presenta una eficacia equiparable a la de cualquier otro momento.
- Tras un aborto del primer trimestre, puede insertarse inmediatamente.
- Tras un aborto séptico, está contraindicado su uso.
- TIPOS:
 - De alta carga de cobre
 - DIU con levonorgestrel (Mirena®). Al DIU de levonorgestrel le son aplicables las mismas consideraciones que a los de cobre junto con las señaladas con anterioridad para los anticonceptivos hormonales de sólo gestágenos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bates S, Greer IA, Ginsberg J, Hirsh J. Use of anti-thrombotic agents during pregnancy: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest* 2004; 126: 627S-44S.
- Greer IA. Anticoagulants in pregnancy. *J Thromb Thrombolysis* 2006; 21: 23-9.
- Greer IA, Nelson-Piercy C. Low molecular weight heparins for thromboprophylaxis and treatment of venous thromboembolism in pregnancy: a systematic review of safety and efficacy. *Blood* 2005; 106: 401-7.
- Gris JC, Lissalde-Lavigne G, Quéré I, Marés P. Monitoring the effects and managing the side effects of anticoagulation during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2006; 33: 397-411.
- James AH, Jamison MG, Brancaccio LR, Myers ER. Venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period: incidence, risk factors, and mortality. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 1311-5.
- Norris LA, Bonnar J, Smith MP, Steer PJ, Savidge G. Low molecular weight heparin (tinzaparin) therapy for moderate risk thromboprophylaxis during pregnancy. A pharmacokinetic study. *Thromb Haemost* 2004; 92: 791-6.

Preguntas por resolver

- ¿Qué es la trombofilia?
- ¿Son todas las trombofilias iguales?
- ¿Cuándo es preciso un estudio de trombofilia antes de la anticoncepción hormonal?
- ¿Cuál estudio de trombofilia?
- ¿Cuál es el mejor método anticonceptivo en pacientes con trombofilia?