

Manejo Práctico de la Enfermedad Trombo Embólica En Embarazadas

Síndrome Antifosfolipídico



Dra. Torres Karina
UG MIN – HPMI

Triada de Virchow en el Embarazo

Compresión de las venas iliacas, y de la arteria iliaca. Útero Grávido.
Vasodilatación hormonal.
Inmovilización

Compresión vascular, uso de procedimientos asistidos u operativos en el parto

Aumento de factores procoagulantes
Disminución de inhibidores naturales
Disminución de la actividad fibrinolítica



Enfermedad

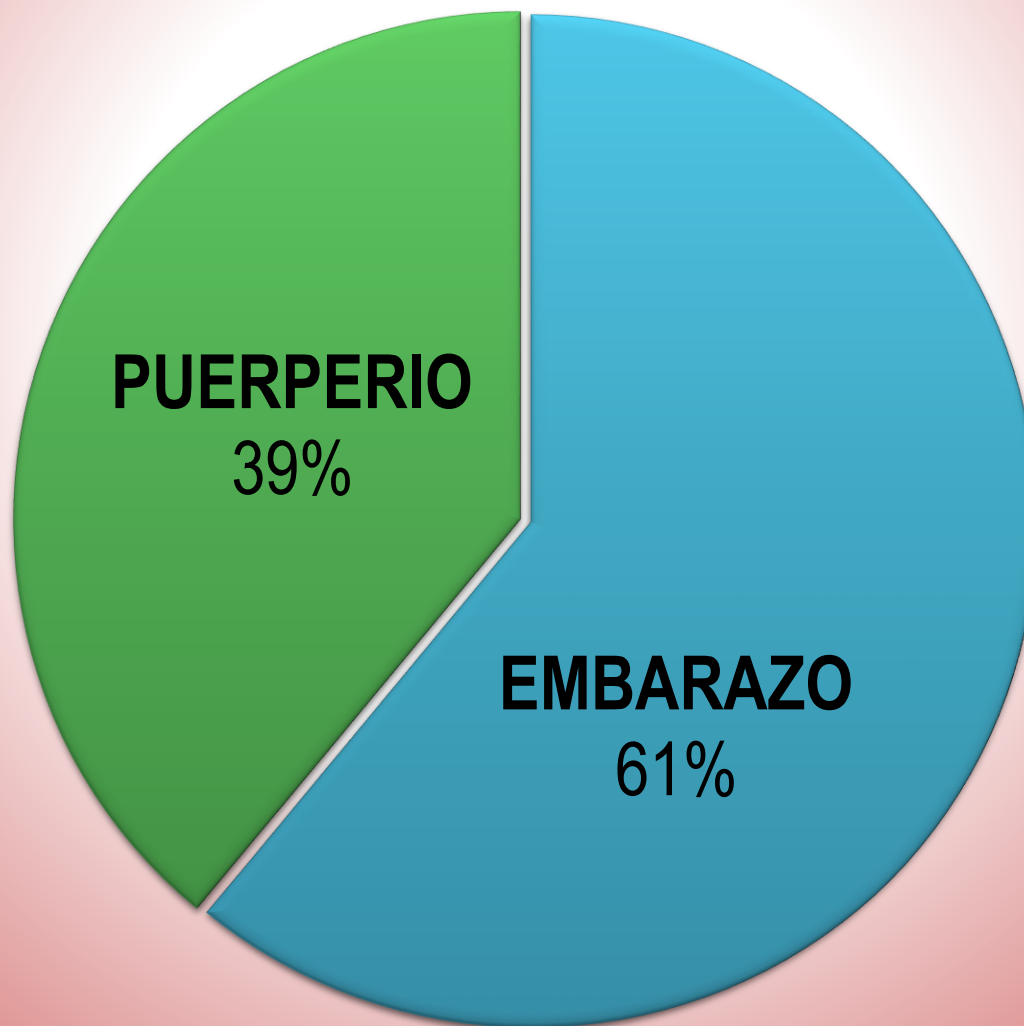
Trombo embólica venosa

- ❖ 0.5 – 3 / 1000 embarazos
- ❖ TVP 2/3 ocurren en el embarazo 1/3 en el puerperio
- ❖ TVP ocurre indistinta en los trimestres
- ❖ TEP es mas frecuente en el pos parto
- ❖ A las 6 semanas pos parto se iguala el riesgo





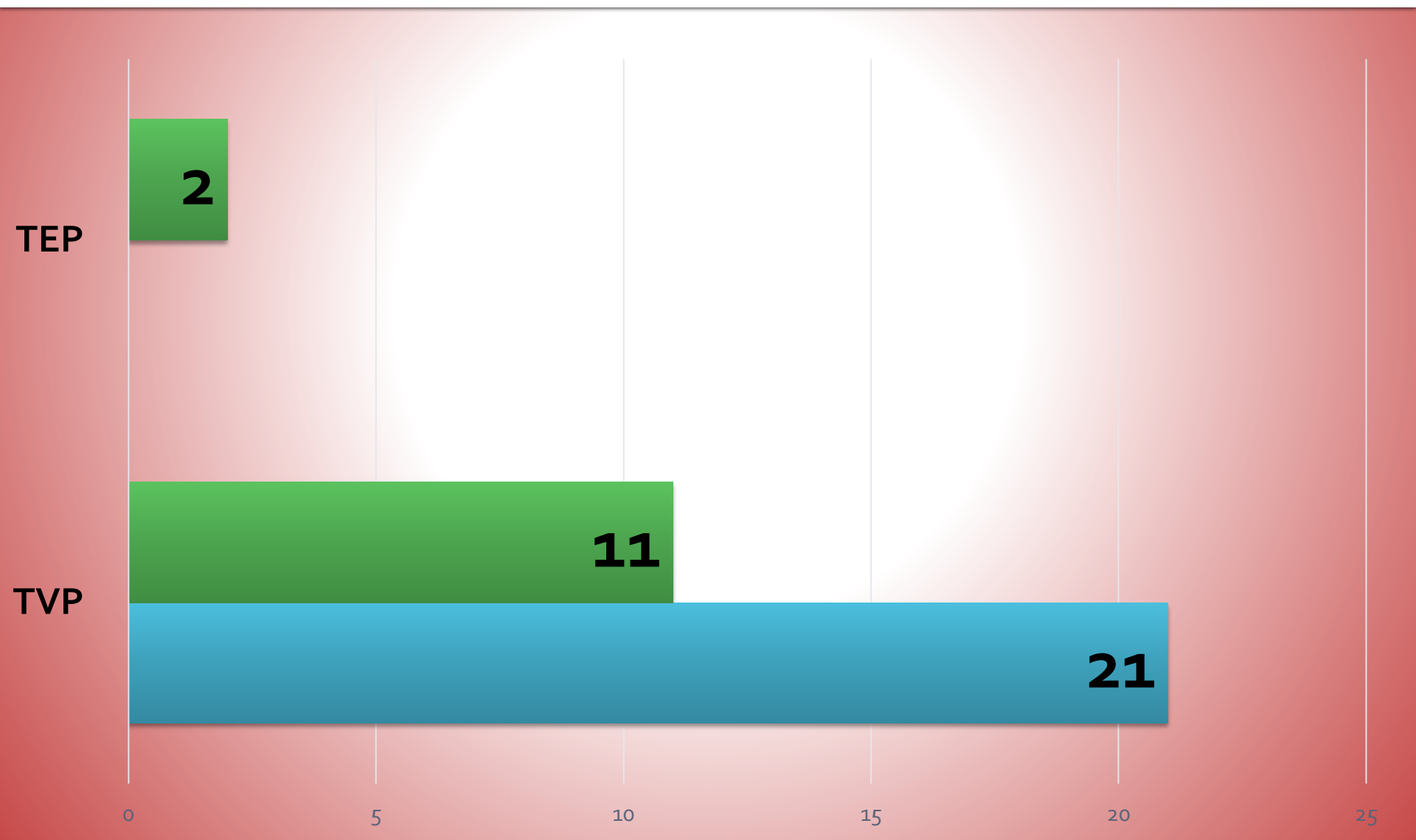
Enfermedad trombo embolica venosa en embarazadas y puérperas ENE 2.010 – JUN 2.017





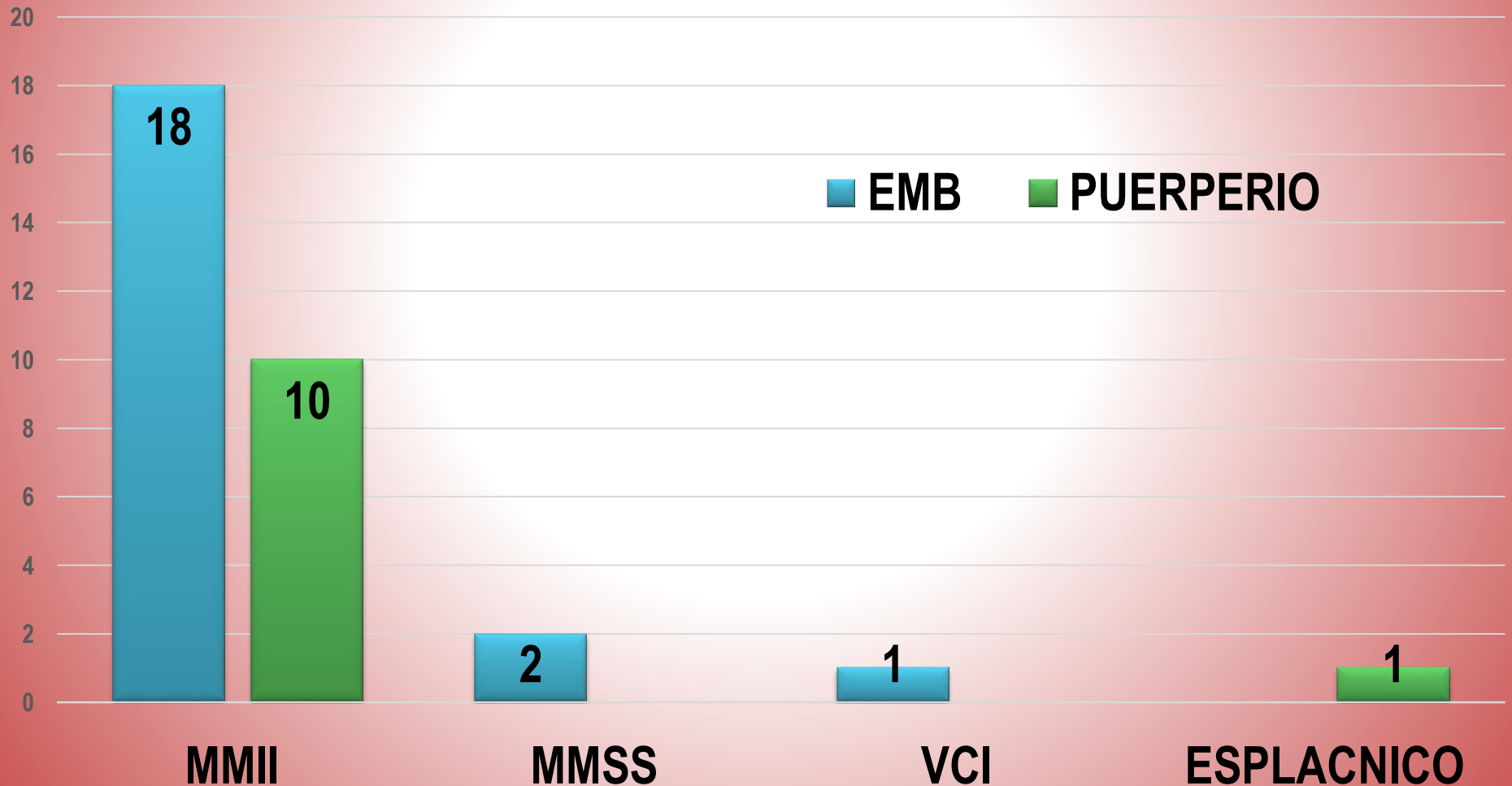
Enfermedad trombo embolica venosa en embarazadas y puérperas

ENE 2.010 – JUN 2.017





Enfermedad trombo embolica venosa en embarazadas y puérperas ENE 2.010 – JUN 2.017



El mejor tratamiento es la profilaxis tanto en pacientes con patología quirúrgica y médica.

Factores de riesgo de trombosis



Asociación de factores Identificación clínica

Son aditivos, ninguno determinante en si mismo

FACTORES PRE EXISTENTES

- 1) 1 Evento trombo embolico previo
- 2) Trombofilia adquirida o congénita
- 3) Co-morbilidad
- 4) Edad >35 años
- 5) Paridad >4
- 6) Grandes venas varicosas



Asociación de factores Identificación clínica

Son aditivos, ninguno determinante en si mismo

FACTORES TRANSITORIOS

- 1) Médicos (PE, deshidratación , hiperémesis, infección severa)
- 2) Parto: partos prolongados, instrumentales, inmovilización
- 3) Hemorragia excesiva
- 4) Procedimiento quirúrgico



Ante la sospecha clínica TVP

Escala de Wells



1

Cáncer activo

1

Parálisis o bota de yeso reciente

1

Reposo en cama > 3 días o cirugía < 4 semanas

1

Dolor a la palpación de las venas profundas

1

Edema de miembro inferior

1

Asimetría > 3 cm de diámetro de la pierna afectada

1

Edema depresible (solo del lado afecto)

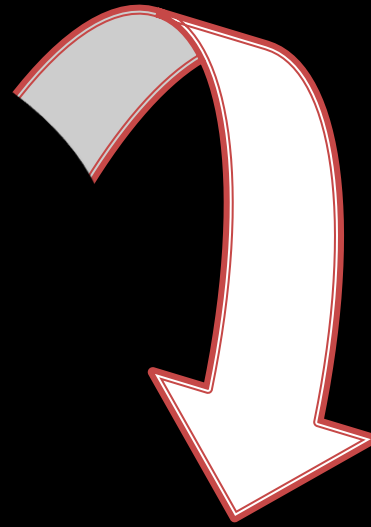
1

Venas superficiales dilatadas (solo del lado afecto)

-2

Diagnostico alternativo de TVP

Pre test de Wells +
Eco doppler
venoso de MMII y
pelviano



Inicie HBPM
a dosis de
tratamiento

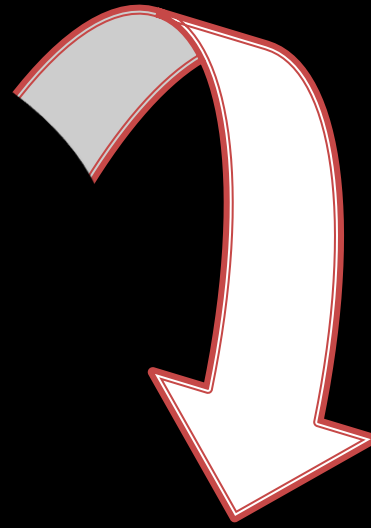


Eventos
ecográficos de
evento trombótico



Considerar otros estudios para evaluar
repercusión sistemática

**Pre test de Wells
Eco doppler
venoso de MMII y
pelviano**



**Inicie HBPM
a dosis de
tratamiento**



**Sin hallazgos en el
eco doppler de
evento trombótico**



**Con alta sospecha clínica deberíamos
repetir en 7 días**

Ante la sospecha clínica TEP

Escala de Wells



1,5

TVP o EP previo

1,5

Pulso >100lpm

1,5

Cirugía o inmovilización <4 semanas

1

Hemoptisis

1

Cáncer activo

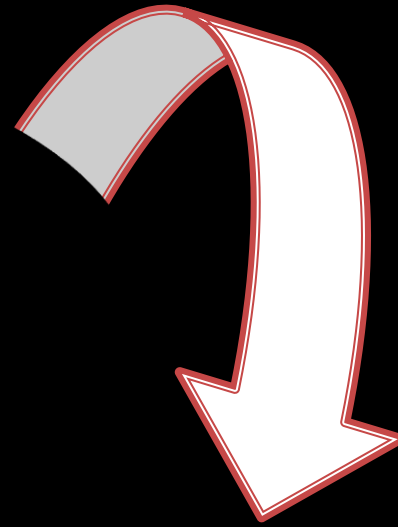
3

Signos clínicos de TVP

3

El diagnostico de TEP es mas probable que cualquier otro

**Pre test de Wells
¿TVP Sintomática?
Eco doppler de
MMII + Cardiacos**



**Inicie HBPM
a dosis de
tratamiento**



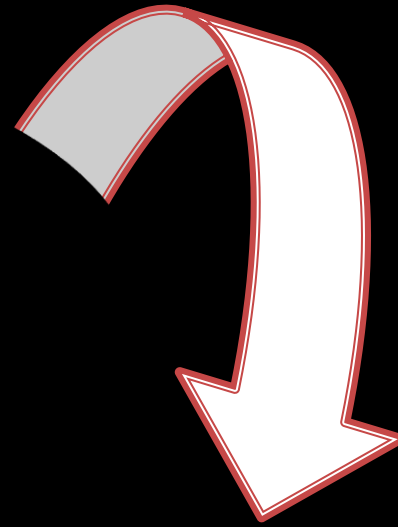
**Eventos
ecográficos de
evento trombotico**

**Pre test de Wells + y evento trombotico en miembros inferiores
Pre test de Wells + sin evento trombotico en mbros inferiores**



Estratificar severidad

**Pre test de Wells
¿TVP Sintomática?
Eco doppler de
MMII + Cardíaco**



**Inicie HBPM
a dosis de
tratamiento**



**SIN Eventos
ecográficos de
evento trombótico**

Pre test de Wells + SIN ESCANEOZGOS ECOGRAFICOS



Evaluar SCAN V/Q – Angio TC

Recomendaciones SAC



Tratamiento HEPARINA SÓDICA o HBPM (I C)



Revista Argentina de cardiología/Vol 84 N°6/diciembre 2016

Recomendaciones SAC



Los dicumarínicos están contraindicados y son teratógenos (I B)



Revista Argentina de cardiología/Vol 84 N°6/diciembre 2016

Recomendaciones SAC



Los NACO y pentasacáridos no han sido probados y no deben emplearse (I C)



Revista Argentina de cardiología/Vol 84 N°6/diciembre 2016

Recomendaciones SAC



Los fibrinolíticos han sido empleados con éxito en forma aislada, su uso se restringe a pacientes graves (IIB C)



Revista Argentina de cardiología/Vol 84 N°6/diciembre 2016

Recomendaciones SAC



El dímero d de alta sensibilidad tiene 95% de valor predictivo negativo (I B)



Revista Argentina de cardiología/Vol 84 N°6/diciembre 2016

Recomendaciones SAC



El eco doppler de mmii pelviano y cardiaco es una herramienta valiosa y que evita irradiar a la madre y el feto (IIA C)



Revista Argentina de cardiología/Vol 84 N°6/diciembre 2016

Recomendaciones SAC



Por la misma razón por ahora se prefiere el
Centellograma de perfusión v a la angio TC (I B)



Respire profundo...y sigamos



Síndrome Antifosfolípídico



Definir trombofilias y síndrome antifosfolipídico

Trombofilia es la tendencia especial a la trombosis

Las trombofilias pueden hereditarias y adquiridas

Embarazo y puerperio son estados pro trombóticos fisiológicos y predisponentes per se debido a la sumatoria de efectos



ABO recurrente

Riesgo de Aborto recurrente: (Lancet 2006)

- 15% 1,
- 5% 2
- 1% 3

Causas 50% son idiopáticas, cromosómicas endocrinopatías (Tiroideopatía, sme metabólico) malformaciones uterinas y en otras se incluyen infecciones, inmunológicas y las trombofílicas (15%)



Trombofilias

ADQUIRIDA: SAF mecanismo auto inmune.

Asociado a trombosis: mejora resultados con HBPM

Asociado a complicaciones obstétricas: mejora resultados con HBPM



Trombofilias

HEREDITARIAS: Déficit proteínas anticoagulantes o mutación genética

Asociada a trombosis: mejora resultados con HBPM

Asociado a complicaciones obstétricas: mejora resultados? “FALTA EVIDENCIA”

Screening no se recomienda en forma rutinaria, evaluar riesgo individual





**Es una trombofilia adquirida,
primaria o secundaria
caracterizada por la presencia de
auto anticuerpos antifosfolipidicos.**

1983: Hughes

**Es la causa mas frecuente de trombofilia adquirida y
eventos cerebrovasculares en < 50 años.**

Prevalencia e incidencia inciertas (2-5% de los sanos)

Incidencia 5 casos nuevos/100.000 habitantes/año

Prevalencia 40 – 50 casos/100.000 habitantes



¿ Por que tratar una patología tan poco prevalente?

**Impacto en el pronóstico
(Nivel de Evidencia 1)**

Abo recurrente + TBF adquirida
SIN TRATAMIENTO 5 a 10% nacidos vivos
CON TRATAMIENTO 85 – 90% nacidos vivos



Etiología

Etiopatogenia

Activación de la cascada de coagulación y del complemento por su unión a plaquetas.

Actualmente se habla de daño trofoblástico directo (daño celular, invasividad defectuosa y una respuesta inflamatoria local) en la interface materno fetal.



Criterios diagn3sticos cl3nicos y obst3tricos para S3ndrome antifosfolip3dico

Activaci3n de la cascada de coagulaci3n y del complemento por su uni3n a plaquetas.

Actualmente se habla de daño trofobl3stico directo (daño celular, invasividad defectuosa y una respuesta inflamatoria local) en la interface materno fetal.



Criterios diagn3sticos cl3nicos para S3ndrome antifosfolip3dico

Eventos tromboticos arterial y/o de
pequeño vaso de cualquier localización demostrada
por imagen o histología (sin vasculitis)



Criterios diagn3sticos obstetricos para S3ndrome antifosfolip3dico

- 1 o + abortos de **segunda** de edad gestacional y/o
- 1 o + partos pre **terminados** de un neonato morfol3gicamente normal, debidos a pre-eclampsia grave, eclampsia o insuficiencia placentaria y/o
- 3 o mas abortos inexplicados consecutivos < 10 semanas de edad gestacional.



Criterios diagn3sticos de laboratorio para S3ndrome antifosfolip3dico

- Anticoagulante
- Anticardiolipinas (anticuerpos anti-PL o GPL)
- Anti B2 glicoprote3ndica



Medicina basada en la evidencia

- ✓ AL es mejor predictor de la trombosis, eventos cerebro vasculares y abortos > 10SEG
- ✓ ACL se correlaciona mas a morbilidad obstétrica que a trombosis
- ✓ La importancia clínica de los AC Anti B2GP es incierta.



Medicina basada en la evidencia

- ✓ La positividad de los 3, aumenta el riesgo de morbilidad y trombo embolismo en embarazadas.
- ✓ Factores como tabaquismo y los anticonceptivos orales aumentan el riesgo en presencia de AFL



Diagnóstico

1 criterio clínico + 1 criterio de laboratorio alejado en 3 meses del episodio agudo confirmado en dos ocasiones separados en 12 semanas por la probabilidad de falsos negativos y positivos por lo tanto: 1 resultado positivo no hace diagnóstico, con alta sospecha clínica REPETIR.



**¿A quienes deberíamos investigar?
¿A todas las embarazadas?**

Historia obstétrica adversa (CHEST – ACOG 1b)

Historia personal de trombosis

**Historia de trombosis en familiares de 1er grado:
padres y hermanos, < 50 años o trombofilias
hereditarias de alto riesgo (CHEST – ACOG 1b)**



**¿A quienes deberíamos investigar?
¿A todas las embarazadas?**

Por recomendación de expertos se debe evaluar riesgo individual en caso de muerte fetal en >20 SEG o placenta con infartos placentarios o desprendimiento de placenta (FASGO-HARVARD OBSTETRIC SCHOOL OF MEDICINE 2016)



Tratamiento AAS (75-100MG)

Aspirina: antiagregantes plaquetario, inhibe la inflamación y estimula crecimiento trofoblasto; teniendo en cuenta su vida media 7 días se debe suspender en las 36 semanas o 10 días previos a la cesárea.



Tratamiento HBPM Enoxaparina 40mg

J Thromb Haemost. 2005 Feb; 3 (2): 227 - 9.

Eficacia y seguridad de dos dosis de enoxaparina en mujeres con trombofilia y pérdida recurrente de embarazo: el estudio LIVE-ENOX.

Brenner B¹, Hoffman R, Carpa H, Dulitsky M, Younis J; Investigadores de LIVE-ENOX.

A mayor dosis no mejora los resultados. Se estableció que en mujeres con SAF sin trombosis se administra Enoxaparina 40mg



Tratamiento HBPM Enoxaparina 40mg

- Inicio desde la confirmación del embarazo
- Profilaxis 40mg día
- Vida media de 24hs suspender 24hs pre parto
- Con 12hs de la última dosis se podría realizar anestesia peridural
- Reiniciar 6hs pos parto o 12hs pos cesárea manteniendo entre 2 a 6 semanas.



Categorizar nuestras embarazadas según tengan antecedentes positivos o negativos de trombosis en su historia personal.

EMBARAZO TROMBOSIS	SI	NO
SI	Anticoagulación (Enoxaparina)	Anticoagulación (ACO-AAS- clopidogrel)
NO	Trombo profilaxis Aspirina 100mg/d	Estados trombofilicos transitorios

Conclusiones de SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

La trombofilia es la tendencia anormal a la trombosis, lo cual no implica la aparición del evento, constituyéndose un factor de riesgo más de ETEV

Conclusiones de SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

Los embarazos son de **ALTO RIESGO** debiendo ser controladas en forma multidisciplinaria, y que con tratamiento cambia la vida de una mujer que desea ser mamá.

Conclusiones de SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

Diagnostico 1 criterio clínico + 1 criterio de laboratorio (aunque sea la positividad de 1 anticuerpo) en dos ocasiones separadas al menos 12 semanas, positividad de AL, títulos altos o moderados de ACL. Ante la sospecha clínica, si son negativos deberían de repetirse

Conclusiones de SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

Tratamiento: AAS asociada a Enoxaparina a dosis dependiente si existe historia previa de trombosis.

Muy agradecida!

