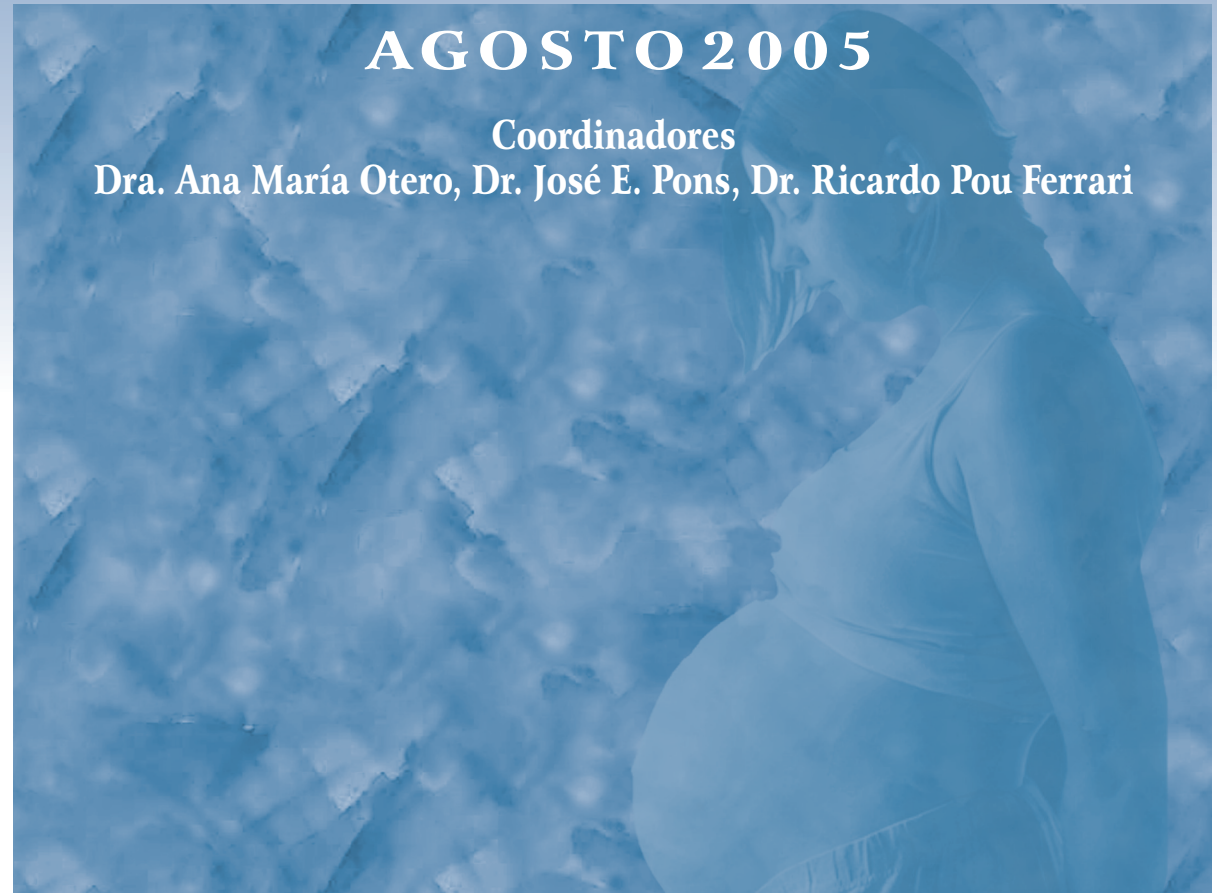


Actualización de Consenso de Trombofilia y Embarazo

AGOSTO 2005

Coordinadores
Dra. Ana María Otero, Dr. José E. Pons, Dr. Ricardo Pou Ferrari



(II)

¿ Existe en el Uruguay 2005, un uso exagerado de HBPM en el embarazo?.....(¿?)

RECOMENDACIONES SIMPOSIO 2005

Diferenciar SAFE de Trombofilia Genética: en ésta la HBPM generalmente se emplea solo al final del embarazo y puerperio.

No dar HBPM frente a Manifestaciones Obstétricas Vinculables al SAFE sin demostración de aPIs salvo, una o fuerte sospecha clínica de SAFE.

Un caso especial es la RCFIU donde se indica HBPM, mientras se ponen en marcha los estudios para aclarar la etiología.

Si, ante la sospecha clínica se inicia el tratamiento, el mismo no debería continuarse si no se confirma el diagnóstico biológico, salvo situaciones especiales.

Los Criterios clínicos no deben llevar a un exceso de diagnóstico, pero tampoco a descartar estos síndromes rápidamente, porque los tests sean negativos cuando la clínica es muy sugestiva.

(III)

TROMBOFILIA GENÉTICA (TG) Y EMBARAZO

Pueden darse situaciones diferentes:

Diagnóstico de TG por laboratorio sin antecedentes obstétrico ni de trombosis : vigilancia clínica atenta del embarazo
Con antecedentes obstétricos similares a las MOV del SAFE y TG confirmada por laboratorio : HBPM y vigilancia como en los SAFE

Con antecedentes de ETEV diagnóstico y de TG HBPM y vigilancia como en SAFE.

Con más de un tipo de TG pero sin antecedentes obstétricos ni de trombosis: vigilancia clínica atenta del embarazo. Un caso especial en la asociación de Factor V Leiden y Factor II 20210 A, hacer HBPM y vigilancia como en SAFE.

Con diagnóstico por laboratorio de TG y antecedentes familiares cargados de trombosis: HBPM y vigilancia como en SAFE

(IV)

RIESGOS DE LOS TRATAMIENTOS CON HBPM

La Trombocitopenia Inducida por Heparina (HIT) es extremadamente rara en mujeres tratadas con HBPM por problemas gestacionales. (Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy: Evidence-Based Guidelines. 2004)

LA Osteopenia por uso de HBPM en el embarazo solo se ve en pacientes con factores de riesgo para osteoporosis. CUSAFE 2002

No se observan sangrados mayores cuando se emplea HBPM en dosis de prevención.

Los sangrados mayores son muy raros cuando se emplean dosis de tratamiento.

**LA HEPARINA TIENE INDICACIONES PRECISAS
ES SEGURA Y ÚTIL EN LOS SAFE
DEBEN EVITARSE INDICACIONES FUERA DE CONTEXTO
NO SOMETERSE A PRESIONES DE LA PACIENTE O LA FAMILIA**

SIMPOSIO TROMBOFILIA Y EMBARAZO

Coordinadores

Dra. Ana María Otero, Dr. José E. Pons, Dr. Ricardo Pou Ferrari

El simposio se desarrolló en base a exposiciones de los expertos y aportes de los participantes. Las Actas completas del mismo se publicarán en breve. En este documento se sintetizan las pautas de uso de HBPM en la embarazada.

ACTUALIZACION DE LAS INDICACIONES DE HEPARINA EN EL EMBARAZO TROMBOFILIA Y EMBARAZO, CONCLUSIONES 2005

(I)

Se hace referencia a dos de las indicaciones más importantes de la Heparina en el embarazo: la enfermedad tromboembólica venosa, los síndromes antifosfolipídicos del embarazo y la trombofilia génita del embarazo.

A.- INDICACIONES DEL USO DE HEPARINA EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA DEL EMBARAZO

(Basadas en la Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy: Evidence-Based Guidelines). Sept 2004 (Chest)

- A.1.-** En embarazadas con ETV aguda se recomienda HBPM (Heparina de Bajo Peso Molecular) o HNF (Heparina No Fraccionada) a dosis terapéuticas mínimo 5 días seguida por dosis ajustadas de HBPM o HNF por el resto del embarazo y hasta por lo menos 6 semanas del parto. (Grado 1C+). CHEST, Volume 126(3) Supplement, September 2004
- A.2.-** En mujeres con antecedentes de un único episodio de TV o EP asociado a factores de riesgo que no persisten en el nuevo embarazo:
Vigilancia durante el embarazo y heparina post-parto por 6 semanas (Grado 1C).
Si el evento tromboembólico previo ocurrió durante un embarazo, o vinculado a estrógenos, o presenta obesidad, **Profilaxis** con heparina en la cercanía del parto (Grado 2C).
CHEST, Volume 126(3) Supplement, September 2004
- A.3.-** En pacientes con antecedentes de único episodio de ETEV pero con trombofilia o historia familiar++ de trombosis y que están anticoaguladas al momento del embarazo:
Se sugiere **Profilaxis** durante el embarazo con HBPM a mini dosis o dosis moderadas de HNF seguida de anticoagulante en el post-parto (Grado 2C).
CHEST, Volume 126(3) Supplement, September 2004
- A.4.-** En pacientes con 2 o más episodios de ETEV o que reciben anticoagulación a largo plazo se sugiere Dosis ajustadas de HBPM o HNF antes del parto seguidas de anticoagulantes a largo plazo luego del parto. (Grado 2C).

B.- SÍNDROMES ANTIFOSFOLIPÍDICOS DEL EMBARAZO

Comparación de las recomendaciones del CUSAFE 2002 (Consenso Uruguayo sobre Síndromes Antifosfolipídicos del Embarazo) con opiniones de expertos de la ACCP 2004 (American College of Chest Physician) y las de la ISTH 2005 (Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasis) Sidney-Australia, para el diagnóstico de SAFE:

B.1. - Consenso Uruguayo SAFE 2002

Se considera SAFE la presencia de APIs asociado a:

- Pérdida de embarazo (1 o más) a cualquier edad gestacional (incluyendo óbito fetal)
- Decolamiento trofoblástico o desprendimiento placentario (ecográfico o clínico)
- RCIU (o elementos patológicos en el Doppler)
- Pre-eclampsia/Eclampsia
- Síndrome HELLP
- Prematurez

B.2. - Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy: Evidence-Based Guidelines.2004

Se considera SAFE la presencia de APLs asociado a:

- dos o más pérdidas precoces de embarazo
- perdida de uno o más embarazos de mas de 10 semanas
- Preclampsia
- RCFIU
- DPP

B.3. - Criterios ISTH 2005 Australia

Criterios Clínicos SAFE

- Pérdida recurrente de embarazo menor de 10 sem. Sin observación de latidos cardíacos.
- 1 Óbito fetal menor de 10 semanas sin malformaciones.
- Pérdida de 1 embarazo de mas de 10 semanas
- Pre-eclampsia-Eclampsia (Signos de sufrimiento vascular placentario).
- RCIU
- Prematurez

B.4. - Comparación de opiniones de expertos en la interpretación de la pérdida fetal de menos de 10 semanas como manifestación SAFE en caso de acompañarse de APIs.

Cuadro 1.- Pérdida fetal menor de 10 semanas en pacientes con aPL

	Menos de 10 semanas	Más de 10 semanas
ACCP 2004	2 ó más	1
ISTH 2005	C/latidos 1 S/latidos 2	1
CUSAFE 2002	1 cualquier edad gestacional	1

Conclusiones:

POR EL MOMENTO NO HAY RAZONES PARA CAMBIAR LOS CRITERIOS CLINICOS DE DIAGNÓSTICO DE SAFE DEL CUSAFE

B.5. - Criterios biológicos del SAFE ISTH 2005 Australia

- 1) AL y anti beta2-GPI
- 2) AL solamente
- 3) Anti beta2-GPI solamente
- 4) Positivos hacia otros fosfolípidos: anticardiolipinas, antiprotrombina, antifosfatidilserina etc.

El debate continúa sobre la confiabilidad de los diferentes métodos inmunológicos.

Esto ha llevado a promover la realización de más de una técnica cuando se trata de identificar anticuerpos antifosfolipídicos en mujeres con pérdida recurrente de embarazo.

SSC ISTH 2005Hadj Slama F. Et al. Annales de Biologie Clinique 2004; 62(2):217-21.Carp, Howard JA Lippincott Williams & Wilkins, 2004 Inc.Volume 16(2):129-135 Harris EN, Pierangeli SS. Lupus 2002; 11:269-275.

B.6. -TERAPÉUTICA DE LOS SAFE

Comparación de la opinión de expertos del CUSAFE 2002, con la de la ACCP 2004 y la del SSCC de la ISTH

B.6.1. Consenso Uruguayo SAFE 2002

Tratamiento

- Aspirina 100 mg/día
- HBPM : 40 mg de Enoxaparina ó 0,4 cc de Nadroparina s/c día a ajustar
- Vigilancia estricta del embarazo
- Suspender la Aspirina semana 34
- Continuar con HBPM 30-40 días del puerperio
- Suspender HBPM 24 hs antes de analgesia epidural o raquídea

B.6.2. Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy: Evidence-Based Guidelines.

En mujeres con APLs y antecedentes de dos o mas pérdidas precoces de embarazo o perdida de uno o mas embarazos de mas de 10 semanas , preclampsia, RCFIU, DP:

- Aspirina a bajas dosis
- HBPM (Grado 2B)

B.6.3. ISTH 2005 Conducta SAFE

- Aspirina a bajas dosis
- HBPM
- Todo el embarazo y hasta 4-6 semanas del parto
- Vigilancia Clínica y paraclínica

B.6.4. Opciones especiales:

B.6.4.(1) CONSENSO URUGUAYO SAFE 2002

Mujeres embarazadas con APLs, sin antecedente de ETEV ni antecedentes de complicaciones obstétricas

- 3 Posibles opciones
- Tratar con AAS (100 mgs/d)
- Seguimiento cercano de todo el embarazo por la clínica y la paraclínica
- De ser necesario HBPM

B.6.4.(2) Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy: Evidence-Based Guidelines.

Mujeres embarazadas con APLs, sin antecedente de ETEV ni antecedentes de complicaciones obstétricas

- 3 posibles opciones:
- Seguimiento cercano
- HBPM profiláctica o mini dosis de HNF
- Bajas dosis de aspirina sola o asociada a HBPM (Grado 2C).

Conclusiones

POR EL MOMENTO NO HAY RAZONES PARA CAMBIAR LAS RECOMENDACIONES DEL USO DE HBPM REALIZADAS EN EL CONSENSO URUGUAYO DE SAFE 2002.