

PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA GESTACIONAL EN MUJERES CON TROMBOFILIA

de Cos Höhr C , Jiménez Bárcenas R, Bengochea ML, Romero MM, Muñoz JA, Rodríguez Martorell FJ.

Hematología. H.U. "Puerta del Mar". Cádiz.

Introducción: La necesidad de profilaxis antitrombótica durante la gestación no está claramente establecida en mujeres con trombofilia, a excepción de aquéllas con un antecedente trombótico. La 7ª Conferencia de Consenso de la ACCP acepta diferentes pautas, desde la vigilancia hasta dosis terapéuticas de HBPM. Se revisan los datos de 57 mujeres cuya gestación ha finalizado en los últimos 18 meses y que han recibido profilaxis con HBPM siguiendo revisiones en nuestra consulta, así como en "Gestación de Alto Riesgo" con medición de resistencias vasculares y flujos placentarios.

Resultados: La edad media era de 31'5 años (23-39). La patología de base más frecuente fueron las alteraciones combinadas (n=13), las alteraciones de la proteína-S (n=9), factor-V Leiden (n=9), alteraciones MTHFR-Hcy (n=9) y ac antifosfolípido (n=8). Se documentaron 70 gestaciones previas con 48 abortos o pérdidas fetales y 7 casos con patología obstétrica (4 DPPNI). En 8 mujeres existían antecedentes trombóticos personales. En general se inició HBPM a dosis profilácticas de alto riesgo en la 12ª semana de gestación, con ajustes según controles de aXa (0'2-0'6 U/mL a las 4 horas) y paso a "dosis intermedias" en el último trimestre y puerperio (si hiperhomocistinemia aislada se pasó a AAS a 72h posparto). En 20 casos (AAF, Hcy) existía pretratamiento con AAS □ ácido fólico, hasta la semana 32 con paso posterior a HBPM. En 42/57 (74%) se requirió aumentar la dosis de HBPM respecto a la empírica por peso, y un 30% de los 285 controles realizados tenían niveles de aXa inferiores a 0'20 U/mL. No hubo casos de TIH en nuestra serie. Las pacientes fueron instruidas para ajustar la dosis para el parto y en el 80% se pudo realizar analgesia epidural al cumplir los plazos legales, sin complicaciones en ningún caso. En 42 casos se produjo parto eutócico a término con RN de peso normal; hubo 3 partos prematuros y en 2 casos se realizó cesárea por causa obstétrica. Ocurrieron 2 pérdidas fetales (1 a 27s por incompatibilidad Rh y 1 por rotura prematura de bolsas). Hubo hemorragia posparto en 1 caso y se requirió transfusión en otro (talasemia). No se produjo ningún tromboembolismo en la gestación (n=57) ni el puerperio (n=50).

Conclusiones: Cada vez es más frecuente la necesidad de instaurar profilaxis antitrombótica en gestantes con trombofilia con antecedentes trombóticos u obstétricos. La HBPM es de elección, pero a dosis mayores a las habituales por el mayor aclaramiento y volumen de distribución. No parece existir riesgo de TIH, y el desenlace fetal y materno es muy satisfactorio.