

Mini comentario

Tromboprofilaxis periparto

[MA Turrentine](#)

Publicado por primera vez: 24 de mayo de 2020

Se recomienda la profilaxis con heparina de bajo peso molecular durante el embarazo para las mujeres con riesgo de tromboembolismo venoso debido a su dosificación diaria única, la respuesta terapéutica esperada y el bajo riesgo de hemorragias (Boletín de Práctica No. 196 de la ACOG. *Obstet Gynecol*2018; 132: e1–17; Directriz No 37a del RCOG Green-top. Londres: RCOG; 2015).

Sin embargo, debido a la vida media más prolongada de la heparina de bajo peso molecular, la capacidad limitada para evaluar rápidamente los efectos de la coagulación con estudios de laboratorio diarios y las dificultades para retirar sus efectos farmacológicos; existe un dilema sobre la mejor manera de manejar esta terapia anticoagulante en el momento del parto.

Por lo general, para las mujeres que reciben heparina profiláctica de bajo peso molecular, se recomienda la interrupción al menos 12 horas antes de la inducción programada del trabajo de parto o el parto por cesárea (Boletín de Práctica No. 196 de ACOG. *Obstet Gynecol*2018; 132: e1–17; Directriz No 37a del RCOG Green-top. Londres: RCOG; 2015).

El concepto es que esto permitirá el uso de analgesia neuroaxial y evitará cualquier efecto de coagulación no solicitado durante el parto. Si se pretende suspender la anticoagulación y la inducción del trabajo de parto, la estadificación para esto debe basarse en la situación clínica, incluida la consideración de la posibilidad de un trabajo de parto espontáneo, pero con el objetivo de reducir la duración en la que no se administra la anticoagulación adecuada.

Actualmente, no hay ensayos controlados aleatorios disponibles para guiar nuestro manejo clínico.

Rottenstreich et al; (*BJOG* 2020, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16247>) presentan una comparación de cohorte retrospectiva de 199 mujeres que recibieron heparina profiláctica de bajo peso molecular durante el embarazo a las que se les ofreció una inducción (después de suspender la terapia anticoagulante durante 12 horas) o trabajo de parto espontáneo basado en las preferencias del médico y del paciente. Se excluyeron las mujeres que se sometieron a la inducción planificada del trabajo de parto por motivos distintos a la optimización del tratamiento anticoagulante.

Casi el 40% de las mujeres presentaron trabajo de parto espontáneo; además, en comparación con las mujeres que se sometieron a la inducción del trabajo de parto planificada, se observó un intervalo más corto desde la última administración de heparina de bajo peso molecular hasta el parto y la primera dosis posparto de tratamiento anticoagulante ($P < 0,001$).

Solo el 42% de las mujeres que llegaron en trabajo de parto espontáneo recibieron analgesia neuroaxial (en comparación con el 79% en mujeres con inducción del trabajo de parto), aunque el 89% se consideró elegible. Sin embargo, los autores no indicaron la razón por la que la mitad de los pacientes adecuados no recibieron analgesia neuroaxial (por ejemplo, preferencia del paciente). Aunque los resultados de la hemorragia posparto entre los grupos fueron limitados debido a su baja incidencia, no se observaron diferencias en las tasas informadas de hemorragia > 1000 ml, el uso de agentes uterotónicos o la administración de productos sanguíneos. No se produjeron eventos tromboembólicos en el período posparto en mujeres que aparecieron en trabajo de parto espontáneo en comparación con el 3% de las mujeres que se habían sometido a la inducción del trabajo de parto.

Todas las unidades de trabajo de parto y parto deben tener un protocolo en el período periparto para cuando las mujeres deben tener medicamentos anticoagulantes retenidos y cuando posteriormente son elegibles para analgesia neuroaxial (Boletín de Práctica ACOG No. 196. *Obstet Gynecol* 2018; 132: e1-17).

Este estudio actual proporciona conocimientos complementarios para advertir a nuestros pacientes de que la inducción del trabajo de parto únicamente con el fin de recibir una terapia anticoagulante profiláctica puede no estar justificada.

Fuente: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16332>