

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO



Referencia Rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SS-544-11

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



CIE-10: O223 Flebotrombosis Profunda en el Embarazo, O871 Flebotrombosis Profunda en el Puerperio

GPC: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Trombosis Venosa Profunda en el Embarazo y Puerperio
Décima Revisión CIE-10

Definición:

La trombosis venosa profunda generalmente abreviada como TVP, se define como un proceso inflamatorio, con la formación de un coágulo sanguíneo o *trombo* afectando el sistema venoso profundo.

Factores de riesgo:

a) Pre-Existentes

Tromboembolismo Venoso Previo

Trombofilia

Hereditaria

Deficiencia de antitrombina

Deficiencia de proteína C

Deficiencia de proteína S

Factor V Leiden

Gen G20210A de la protrombina

Adquirida (Síndrome Fosfolípido)

Lupus anticoagulante persistente

Titulaciones persistentes moderadas-altas de anticuerpos anticardiolipina o anticuerpos β 2 Glucoproteína 1

Comorbilidades médicas (v. gr. Enfermedad cardíaca o pulmonar, Lupus Eritematoso Sistémico, cáncer, condiciones inflamatorias (enfermedad inflamatoria intestinal o poliartropatía inflamatoria) síndrome nefrótico (proteinuria > 3g/día), enfermedad de células falciformes, usuarios de drogas intravenosas.

Edad > 35 años

Obesidad (IMC > 3kg/m²) en este embarazo o embarazos previos

Multiparidad \geq 3

Fumadoras

Venas varicosas gruesas (sintomáticas o arriba de la rodilla o con flebitis asociada, edema cambios en la piel.

Paraplejia

b) Obstétricos

Embarazo múltiple, terapia de reproducción asistida.

Pre-eclampsia.

Operación cesárea.

Antecedente de Hemorragia Obstétrica (> 1 litro) que haya requerido transfusión.

Evacuación de productos de la concepción retenidos.

Esterilización postparto.

c) Nueva presentación/transitorios potencialmente reversibles

- Procedimiento quirúrgico en el embarazo o el puerperio (v.gr. apendicectomía, cirugías de traumatología)
- Hiperémesis,
- Deshidratación
- Síndrome de hiperestimulación ovárica
- Inmovilización mayor de 3 días en cama (v.gr. La disfunción de la sínfisis del pubis que restringe la movilidad).
- Infección sistémica (que requiera anabólicos u hospitalización) v.gr. Neumonía, pielonefritis, sepsis puerperal.
- Traslado distante (> 4 horas)

Epidemiología:

La TVP es 4-5 veces más frecuente en la mujer embarazada y el puerperio que en la no gestante.

La incidencia durante el embarazo oscila entre 1 a 5 casos por cada 1000 partos y en el Reino Unido es la principal causa de muerte (1.56 x 100,000 embarazos).

Historia clínica:

1. Interrogatorio

Se debe hacer énfasis acerca de historia personal o familiar de TEV e identificar cualquier condición médica relevante previa o actual que se relacione con la TVP como es dolor, edema y cambio de coloración de la piel.

2. Exploración Clínica

La presentación clínica de la TVP es variable y puede ir desde la ausencia de signos y

síntomas hasta presentar algunos o todos los siguientes:

- olor, edema y eritema
- olor a la palpación de los músculos contra el plano óseo (Signo de Olow).
- olor a la dorsiflexión pasiva del pie (Signo de Homans).
- venas superficiales prominentes (Signo de Pratt).
- inflamación masiva con cianosis (flegmasía alba dolens).
- angrena venosa (flegmasía cerúlea dolens).

Diagnóstico

- estos diagnósticos que incluyen el índice de probabilidad previa
- Ultrasonografía dúplex de compresión
- Dímero D
- Tomografía axial computarizada
- Resonancia magnética
- Venografía de contraste.

Diagnóstico diferencial:

- Celulitis
- Tromboflebitis superficial
- Linfedema
- Edema por éstasis
- Hematoma muscular
- Esguince
- Rotura de quiste de Baker
- Artritis

Profilaxis

Se debe llevar a cabo previo, durante el embarazo y postparto principalmente con heparina (ver diagrama 2).

Tratamiento no farmacológico.

Medidas Generales como:

- Movilización.
- Ejercicios de extremidades inferiores
- Hidratación.
- Evitar periodos prolongados de reposo.
- Mantener constante la circulación venosa profunda de las extremidades pélvicas con vendaje compresivo con medias elásticas y lubricación frecuente de la piel.

Complicaciones de la enfermedad

El tromboembolismo venoso es una de las mayores emergencias clínicas que se debe de enfrentar en cirugía vascular, medicina crítica y gineco-obstetricia.

Las complicaciones más importantes de la TVP son el tromboembolismo pulmonar y el síndrome post trombótico.

Complicaciones del Tratamiento

Por las Heparinas:

Hemorragia,
Osteoporosis,
Trombocitopenia,
Dolor en el sitio de las inyecciones (debido a los componentes de la heparina).

Por la warfarina:

Necrosis de la piel,
Aborto involuntario y anomalías congénitas,
Tromboembolia pulmonar.
Hemorragia o muerte fetal,
Hematoma de la herida quirúrgica posterior a la intervención cesárea.

Criterios de referencia:

De primer a segundo nivel:

1. Mujeres que deseen embarazo o embarazadas y que tengan factores de riesgo ya conocidos y sin tratamiento médico.

2. Pacientes con evidencia clínica de trombosis venosa profunda.

Del segundo a tercer nivel o alta especialidad:

1. Aquellas pacientes que a pesar que cuentan con un manejo establecido en segundo nivel, no presentan mejoría.

2. Aquellas pacientes que cuentan con un manejo previo por otra patología que pudiera complicarse con TVP y que

actualmente desean o cursan con un embarazo.

3. Pacientes que presentan complicaciones por el tratamiento o por la enfermedad.

Diagrama 1. Diagnóstico.

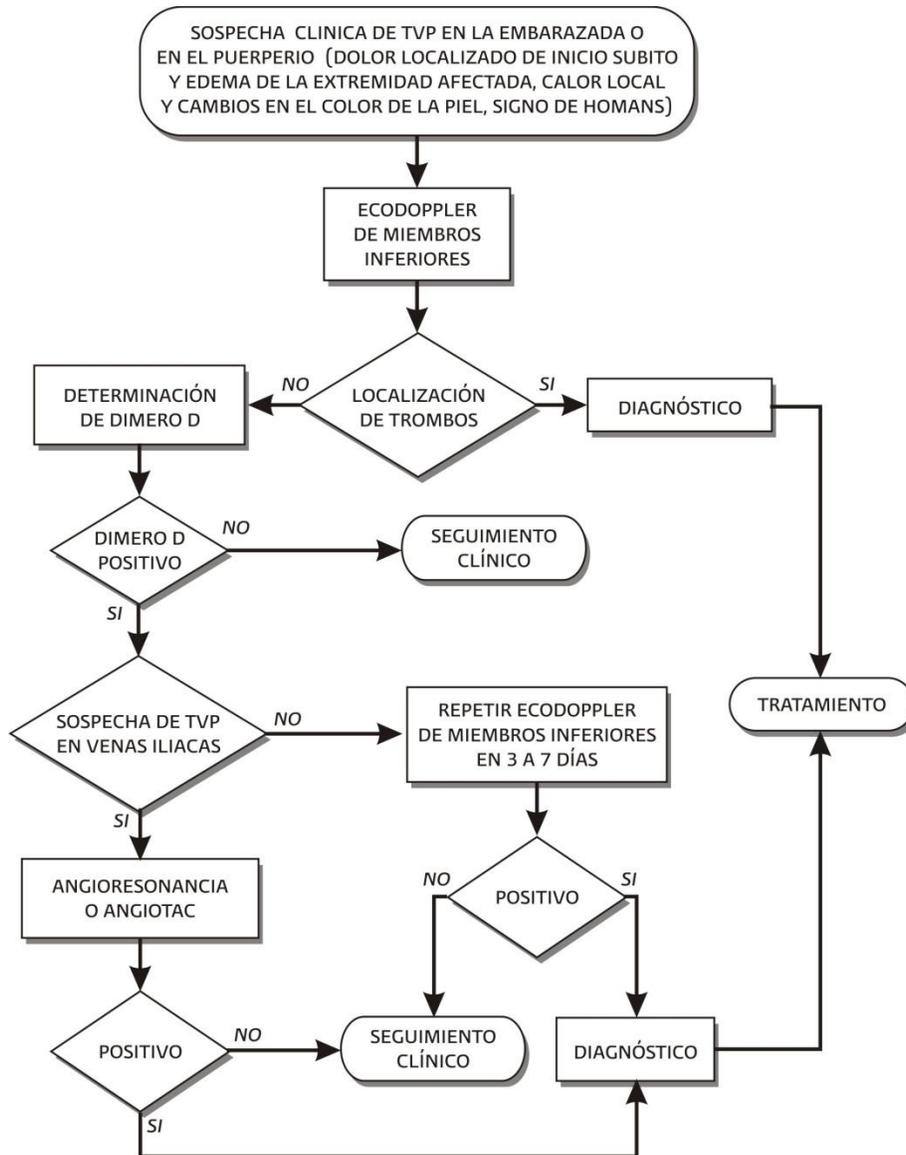


Diagrama 2. Tromboprofilaxis en embarazo y puerperio, Medidas Generales y dosis de HBPM

Factores de Riesgo	
Pre-Existente	
Tromboembolismo Venoso Previo	
Trombofilia	
Hereditaria Deficiencia de antitrombina Deficiencia de proteína C Deficiencia de proteína S Factor V Leiden Gen 20210 ^a de la protrombina	Adquirida (Síndrome Fosfolípido) Lupus anticoagulante persistente Titulaciones persistentes moderadas-altas de anticuerpos anticardiolipina o anticuerpos $\beta 2$ Glucoproteína 1
Comorbilidades médicas (v. gr. Enfermedad cardiaca o pulmonar, LES, cáncer, condiciones inflamatorias (enfermedad inflamatoria intestinal o poliartropatía inflamatoria) síndrome nefrótico, proteinuria > 3g/día), enfermedad de células faciliiformes, usuarios de drogas intravenosas.	
Edad > 35 años	
Obesidad (IMC > 3kg/m ²) en este embarazo o embarazos previos	
Multiparidad ≥ 3	
Fumadoras	
Venas varicosas gruesas (sintomáticas o arriba de la rodilla o con flebitis asociada, edema cambios en la piel.	
Paraplejia.	
Obstétrica	
Embarazo múltiple, terapia de reproducción asistida.	
Pre-eclampsia.	
Operación cesárea.	
AHO (> 1 litro) que haya requerido transfusión.	
Nueva presentación/transitoria	
Potencialmente reversible	
Procedimiento quirúrgico en el embarazo o el puerperio (v.gr. Evacuación de productos de la concepción retenidos, apendicectomía, esterilización postparto)	
Hiperemesis, deshidratación	
Síndrome de hiperestimulación ovárica	
Inmovilización mayor de 3 días en cama (v.gr. La disfunción de la sínfisis del pubis que restringe la movilidad).	
Infección sistémica (que requiera anabólicos u hospitalización) v.gr. Neumonía, pielonefritis, sepsis puerperal.	
Traslado distante (> 4 horas)	

Medidas Generales
a) Medias de compresión
b) Evitar periodos prolongados de reposo
c) Ejercitarse (movilización de miembros inferiores)
d) Hidratación
e) Lubricación de la piel
f) Acido Acetilsalicílico (80 a 100mg V.O.)

Dosis tromboprolácticas sugeridas prenatales y postnatales de HBPM			
Peso (kg)	Enoxaparina	Dalteparina	Tinzaparina (75 u/kg/día)
< 50	20 mg/día	2,500 U/día	3,500 U/día
50 – 90	40 mg/día	5,000 U/día	4,500 U/día
91 – 130	60 mg/día	7,500 U/día	7,000 U/día *
131 – 170	80 mg/día	10,000 U/día	9,000 U/día *
>170	0.6 mg/kg/día	75 U/kg/día	75 U/kg/día *
Para mujeres de 50 – 90 kg altas dosis profilácticas (intermedia)	40 mg c/12 hrs	5,000 U c/12 hrs	4,500 U c-12 hrs
Dosis terapéutica	1 mg/kg/c-12 hrs prenatal 1.5 mg/kg/día postnatal	100 U/kg/día c-12 hrs o 200 U/kg/día postnatal	175 U/kg/día (prenatal y postnatal)

Diagrama 3. Cuadro Agudo de TVP

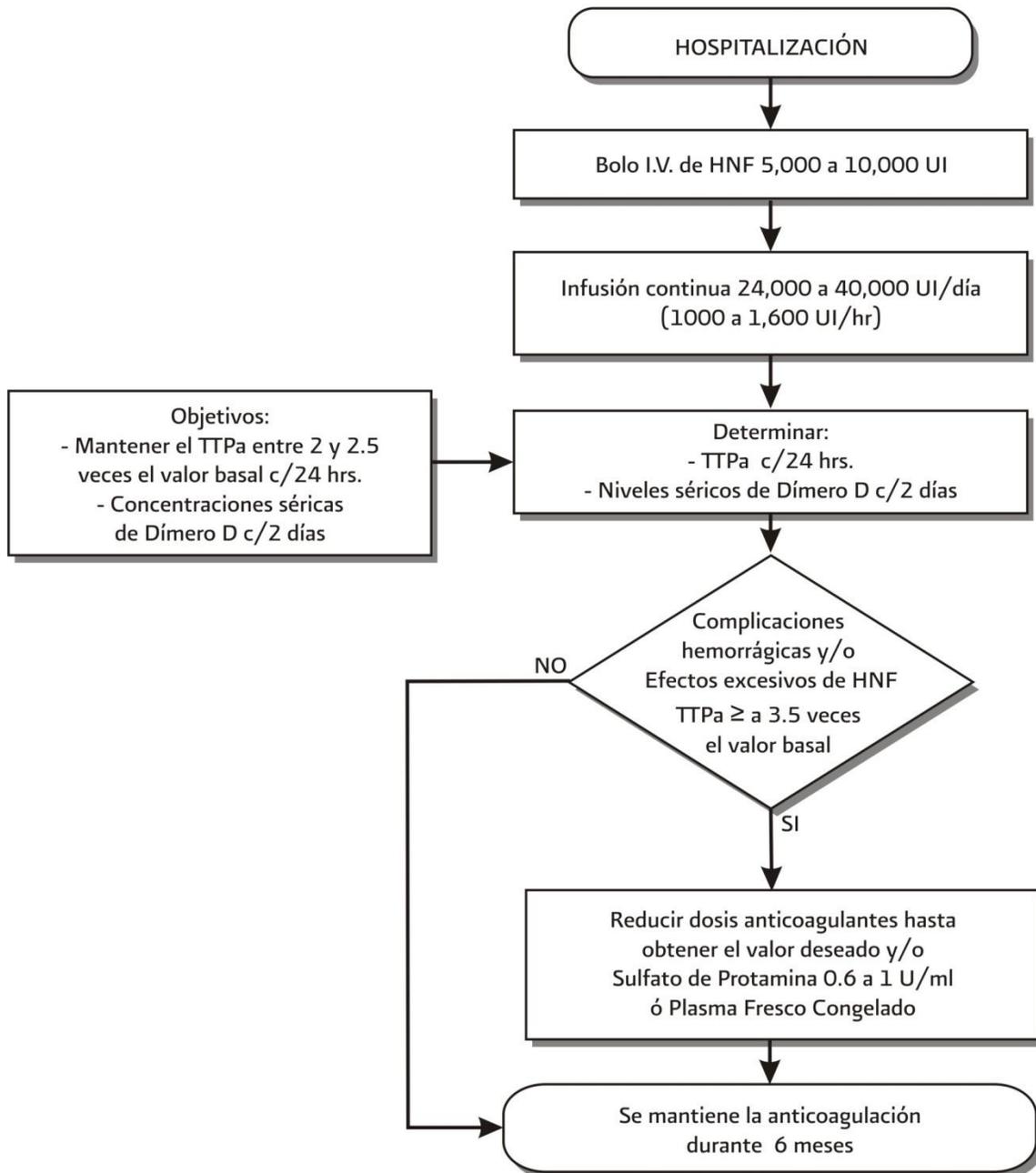
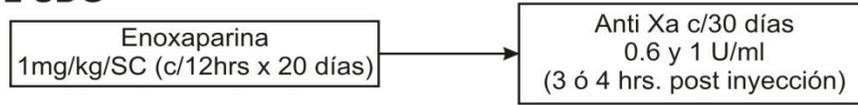
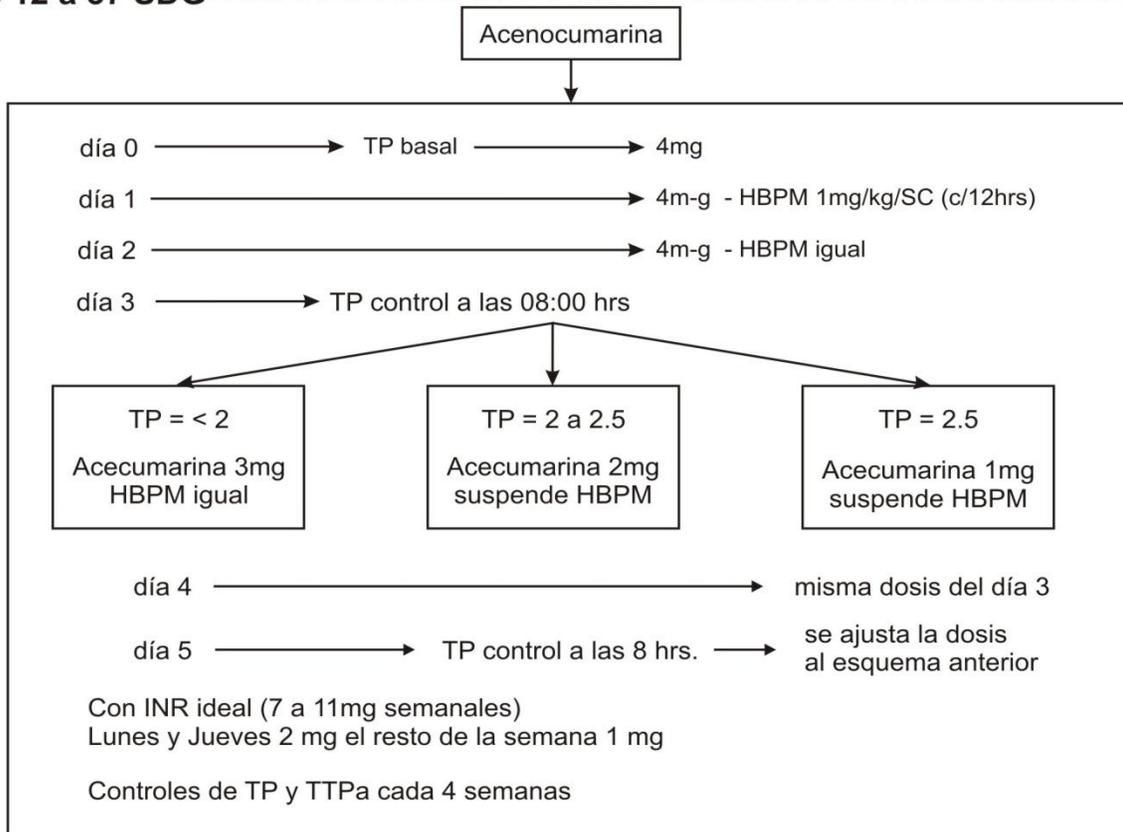


Diagrama 4. Tratamiento durante el embarazo

Primeras 12 SDG



de 12 a 37 SDG



hasta la 37 SDG

