

Organizado por:



Clínica
Universidad
de Navarra

PUESTA AL DÍA
HEMATOLOGÍA
EN 48H [LO QUE DEBES
CONOCER PARA TU
PRÁCTICA CLÍNICA]
X EDICIÓN

ACTUALÍZATE



48 HORAS

TROMBOSIS Y MUJER

Dra. Olga Gavín

HCU Lozano Blesa. Zaragoza

TROMBOSIS Y MUJER



Tratamiento anticoagulante en la mujer:
implicaciones para la menstruación, el
embarazo y la lactancia

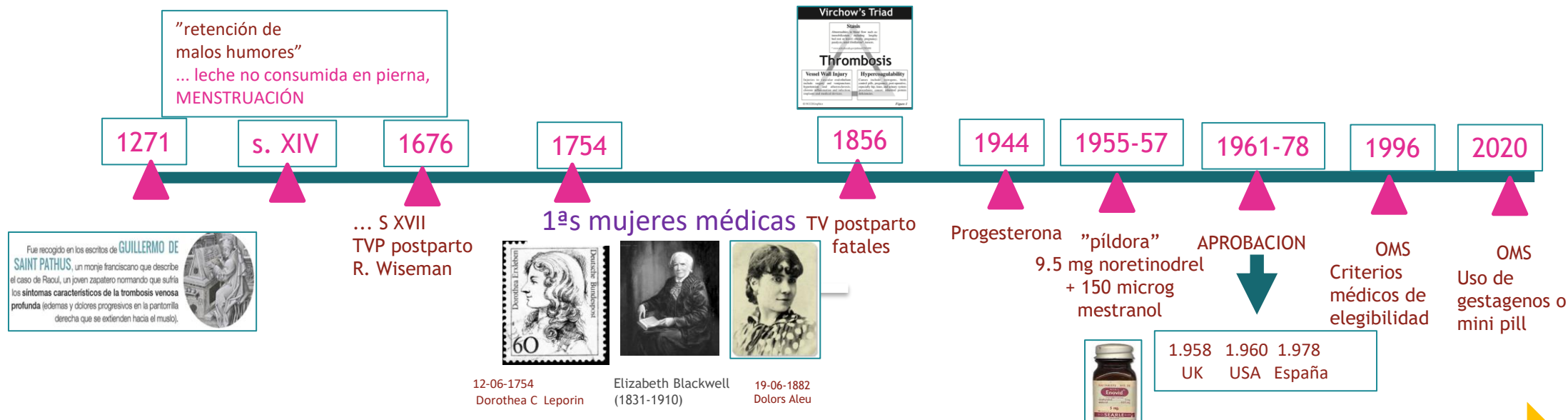
Dra Olga Gavín
Sección Hemostasia y Trombosis
Servicio de Hematología y Hemoterapia. UdTA
HCU Lozano Blesa. Zaragoza

TROMBOSIS Y MUJER



1. Justificación
2. Introducción
3. Profilaxis ETV y gestación
4. Tratamiento ETV y gestación
5. Recomendaciones y sugerencias de las guías de práctica clínica.
6. Manejo de la anticoagulación en la mujer en edad fértil:
Sangrado menstrual abundante
7. Anticonceptivos y Trombosis
8. Conclusiones

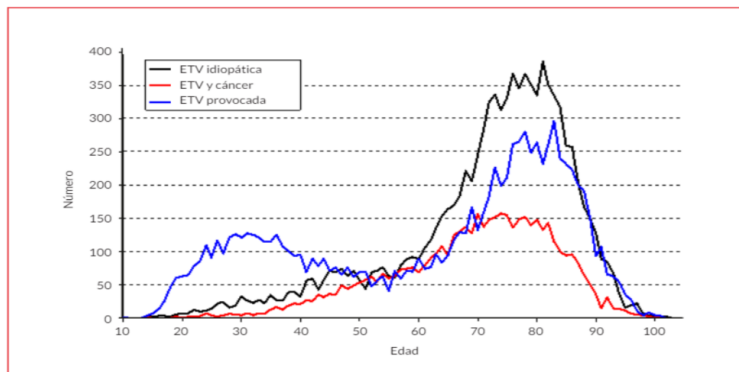
Evolución de la ETEV a lo largo de los años: Mujer



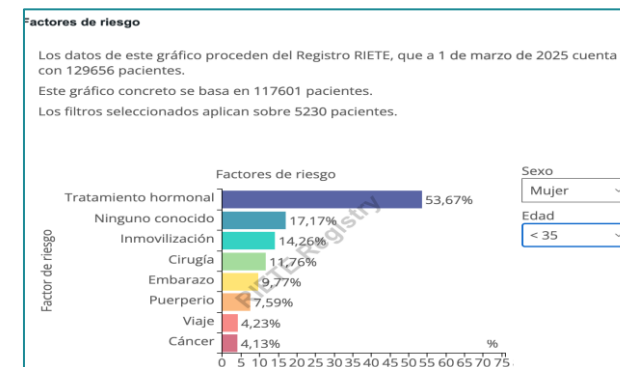
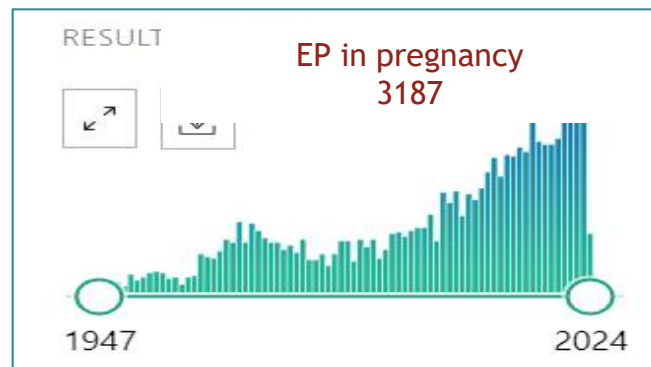
EMBARAZO y POSTPARTO. FACTOR RIESGO. 1ª MUJERES MEDICOS. AHC APROBACION AGENCIAS. ESTADO DE HIPERCOAGULABILIDAD

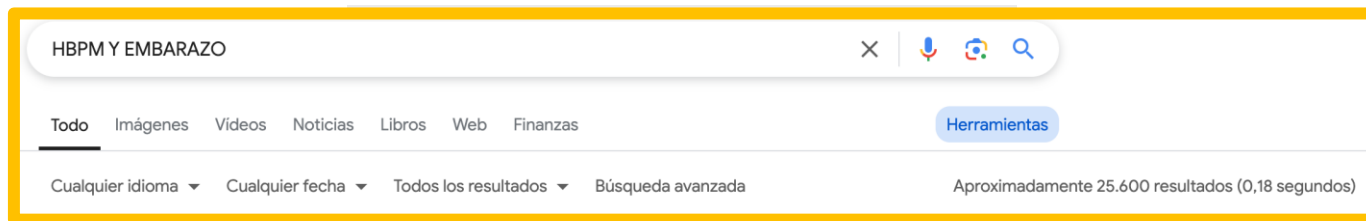
Incidencia de ETV en la mujer (casos/año):
edad fértil 1-5/10.000; embarazo 5-20/10.000 y puerperio 40-65/10.000. Mujeres con AHC 3-15/10.000

Figura 1. Prevalencia de enfermedad tromboembólica venosa en mujeres según la edad en años.



Fuente: Blanco et al. Medicine. 2014;93(17):309-17.



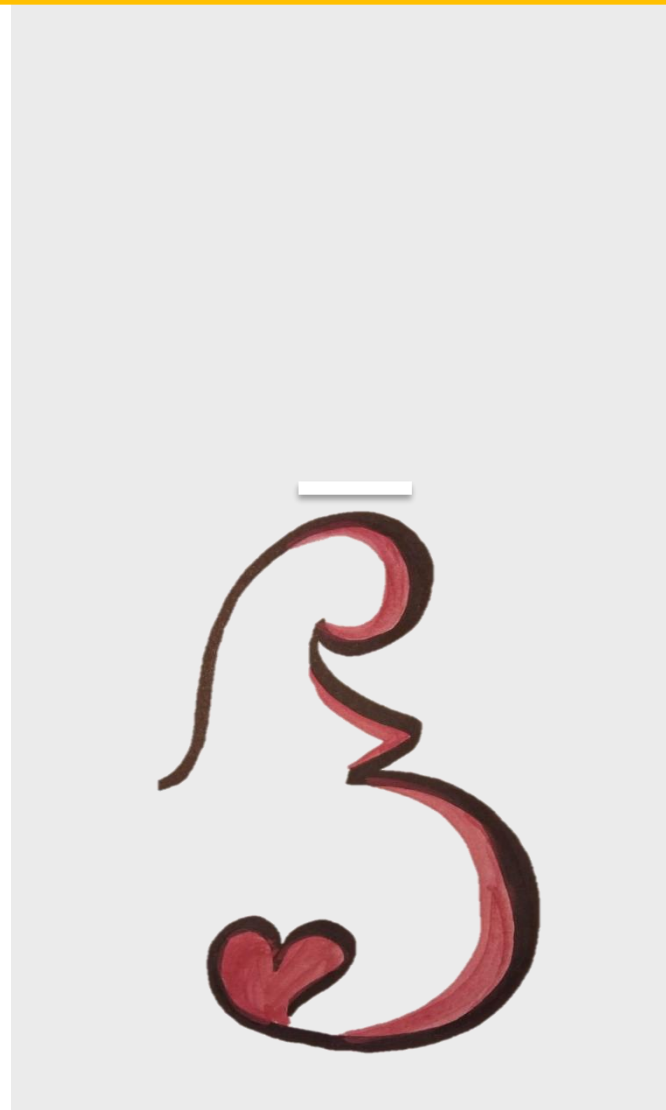


Uso de HBPM durante el embarazo

Me pincho HBPM , que hacer el día del parto?

Quién se ha pinchado HBPM en el embarazo?

Embarazada con HBPM y adiro. Proyecto-Bebe



Nuevo embarazo y todo bien con HBPM. En femenino

Embarazo y HBPM. Futuras mamas. Foro bodas.net

Ser madre con trombofilia. Si se puede

En busca del encuentro mágico: Mi amiga la HBPM

Introducción: Epidemiología

INCIDENCIA ESTIMADA = 1/1000 EMBARAZOS

Incidencia de VTE similar en
anteparto y postparto*

2/3 de TVP en
anteparto

50% TEP en el
puerperio

Cambios fisiológicos que
incrementan el riesgo
trombótico y arterial

Estasis venoso
Hipercoagulabilidad
Daño endotelial

1. Kourlaba G, Relakis J, Kontodimas S, Holm MV, Maniadas N. A systematic review and meta-analysis of the epidemiology and burden of venous thromboembolism among pregnant women. Int J Gynaecol Obstet. 2016;132(1):4-10.
2. Parunov LA, Soshitova NP, Ovanesov MV, Pantelev MA, Serebriyskiy II. Epidemiology of venous thromboembolism (VTE) associated with pregnancy. Birth Defects Res C Embryo Today. 2015;105(3):167-184.

Introducción: Estado actual (MBRRACE-UK 2024)

Venous thromboembolism still leads on maternal death

Amelia Shard¹ | Catherine Prodger² | Sue Pavord² 

¹Department of Obstetrics, Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust, Oxford, United Kingdom

²Department of Clinical Haematology, Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust, Oxford, United Kingdom

TEV representa el 16% de las muertes maternas
(gestación y postparto)



65% de las mujeres fallecidas
se identificaron **oportunidades
de mejora**

1 de cada 4 mujeres
fallecidas se
encontraban en el
primer trimestre

FR mas prevalentes:
TEV previa, hiperémesis
grave, obesidad, edad
>35 años)

**Deficiente uso de
herramientas de evaluación
del riesgo de TEV**
Discrepancia entre GPC

**Atribución excesiva
de síntomas al
embarazo**

Introducción: Causas de mortalidad materna



Países en
vías de
desarrollo

Países
desarrollados

Hemorragia, sepsis, hipertensión y otras
condiciones médicas y sociales

2% de las muertes maternas por ETV

TEV

ETV complica 1-2 de cada 1000 partos

9% de las muertes maternas.

- ✓ Aumento de la incidencia de ETV del 72% en USA, principalmente en mujeres con parto vaginal, en las que rara vez se realiza tromboprofilaxis
- ✓ Aumento de la prevalencia de factores de riesgo:
 - ✓ Edad avanzada
 - ✓ Obesidad
 - ✓ Comorbilidad

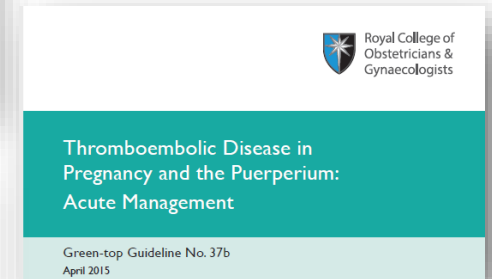
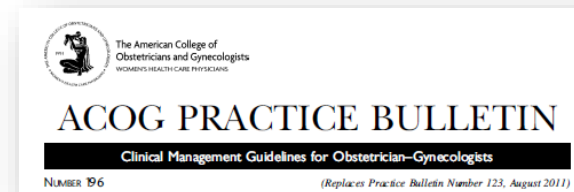
Evidencia



Opiniones de experto

Datos observacionales

Extrapolación de poblaciones no obstétricas



Introducción: Estrategias de prevención



Pacientes con riesgo
extremadamente alto de ETV
Cesárea



Estrategia en UK se dirige a una
mayor proporción de la población:

Trombosis previa

Trombofilias

Otros factores de riesgo
antenatales y postnatales

MANEJO DE LA TEV EN EL EMBARAZO



¿Qué anticoagulantes son seguros durante el embarazo?



Anticoagulante	Seguridad en embarazo	Comentarios
HBPM	Sí	No atraviesa la placenta De elección (bajo riesgo de trombopenia por heparina)
Heparina no fraccionada	Sí	No atraviesa la placenta
Fondaparinux	No recomendado	Atraviesa la placenta en pequeñas cantidades Experiencia clínica muy limitada
AVK	No	Atraviesa la placenta Potencial efector teratógeno, pérdidas fetales, sangrado fetal y posible afectación del desarrollo neurológico
ACOD	No	Dabigatrán y AntiXa atraviesan la placenta Efectos sobre el feto son desconocidos

1. Bates SM, *et al.* VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e691S-e736S.

2. RCOG. Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management. Green-top Guideline No. 37b. April 2015. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37b.pdf>. Último acceso: diciembre 2019.

3. Bates SM, *et al.* American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. Blood Adv. 2018;2(22):3317-3359.

¿Qué anticoagulantes son seguros durante la lactancia?



Anticoagulante	Seguridad en lactancia	Comentarios
HBPM	Sí	Se excreta por leche en pequeñas cantidades, biodisponibilidad oral muy limitada
Heparina no fraccionada	Sí	No pasa a leche materna debido a su carga negativa y a su gran tamaño
AVK	Sí	No se secretan por la leche
ACOD	No	Algún caso reportado con Rivaroxabán sugiere una pequeña excreción por leche materna, limitada experiencia Datos muy limitados con ACOD

1. Bates SM, *et al.* VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e691S-e736S.
2. RCOG. Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management. Green-top Guideline No. 37b. April 2015. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37b.pdf>. Último acceso: diciembre 2019.
3. Bates SM, *et al.* American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. Blood Adv. 2018;2(22):3317-3359.



¿Una o dos veces al día?

No existe evidencia en la actualidad para decidir que opción es mejor

HBPM, dosis/12h comparada /24h

Objetivo principal	Tipo de estudio	Impacto régimen dosis
Recurrencia TEP	Observacional	<1%, sin diferencias entre ambas dosis
Recurrencia TVP	Observacional	<1%, sin diferencias entre ambas dosis
Sangrado mayor (embarazo y postparto)	Observacional	<1%, sin diferencias entre ambas dosis

OPINIÓN DEL PACIENTE

1. Bates SM, *et al.* VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e691S-e736S.
2. Bates SM, *et al.* American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. Blood Adv. 2018;2(22):3317-3359.

¿Hay que monitorizar niveles antiXa para pacientes en tratamiento con HBPM?



No hay evidencia para recomendar la monitorización de rutina con niveles de antiXa

- Datos muy limitados: estudio observacional con n muy pequeñas, sin diferencias en recurrencia o sangrado entre monitorizar o no
- Test no disponible en todos los centros
- No hay un rango terapéutico establecido para la mujer embarazada: extrapolación de población general: 0.6-1 UI/ml, 1-2 UI/ml (enoxaparinaa /12h o/24h)
- Casos seleccionados: variaciones extremas de peso, insuficiencia renal
- Determinación a las 4 horas

Manejo de la mujer embarazada con ETEV y tratamiento con HBPM a dosis terapéuticas



- Recomendación parto programado con supresión 24h de la dosis de HBPM
- En pacientes de muy alto riesgo trombótico se puede plantear paso a heparina no fraccionada con interrupción 4-6h antes de la misma
- Datos observacionales, incremento del riesgo hemorrágico materno RR 1,9
- Beneficio parto programado: anestesia neuroaxial, menor riesgo de hemorragia, no daño fetal ni materno

1. Bates SM, *et al.* VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e691S-e736S.
2. RCOG. Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management. Green-top Guideline No. 37b. April 2015. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37b.pdf>. Último acceso: diciembre 2019.
3. Bates SM, *et al.* American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. Blood Adv. 2018;2(22):3317-3359.

Manejo de la mujer embarazada con ETEV y tratamiento con HBPM a dosis profilácticas



- No recomendación de parto programado
- Intervalo de 12h desde la última dosis de HBPM y colocación de catéter de epidural

1. Bates SM, *et al.* VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e691S-e736S.

2. RCOG. Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management. Green-top Guideline No. 37b. April 2015. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37b.pdf>. Último acceso: diciembre 2019.

3. Bates SM, *et al.* American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. Blood Adv. 2018;2(22):3317-3359.

Manejo de la mujer embarazada y antecedentes de ETEV



Antecedentes de ETEV	Profilaxis anteparto	Profilaxis postparto
ETEV idiopática	SÍ	SÍ
ETEV (anticonceptivos o embarazo previo)	SÍ	SÍ
ETEV otros factores de riesgo	NO*	SÍ

*Valoración individual, valoración de otros FR

1. Konstantinides SV, *et al.* 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2019. pii: ehz405. doi: 10.1093/eurheartj/ehz405. [Epub ahead of print]
2. Bates SM, *et al.* VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e691S-e736S.
3. Bates SM, *et al.* American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. Blood Adv. 2018;2(22):3317-3359.

Manejo de la mujer embarazada con SAF



Trombofilia	Profilaxis anteparto		Profilaxis postparto
	Antecedentes personales ETEV	Sin antecedentes personales ETEV	
SAF TROMBÓTICO	HBPM	HBPM	Reintroducción precoz AVK
SAF OBSTÉTRICO	HBPM	Recomendable HBPM	HBPM 6-12s

ASH 2018 vs RCOG 2015 vs CHEST 2012



ASH 2018				RCOG 2015/CHEST2012
Trombofilia	H ^a familiar ETV	Manejo anteparto	Grado recomendación	Manejo anteparto
FV Leiden M/N	NO	Sugiere no usar profilaxis anteparto	Recomendación condicional	No profilaxis
	SÍ			No profilaxis, salvo otros FR
Protrombina M/N	NO	Sugiere no usar profilaxis anteparto	Recomendación condicional	No profilaxis
	SÍ			No profilaxis, salvo otros FR
Déficit proteína S	Independientemente de la historia familiar	Sugiere no usar profilaxis anteparto	Recomendación condicional	Considerar profilaxis (CHEST 2B, RCOG D)
Déficit proteína C	Independientemente de la historia familiar	Sugiere no usar profilaxis anteparto	Recomendación condicional	Considerar profilaxis (CHEST 2B, RCOG D)
Déficit AT	NO	Sugiere no usar profilaxis anteparto	Recomendación condicional	Recomienda profilaxis (CHEST 2B, RCOG D)
	SÍ	Sugiere realizar profilaxis		
FV Leiden M/M	NO	Sugiere realizar profilaxis	Recomendación condicional	CHEST vigilancia salvo otros FR (2B) RCOG considerar profilaxis (D)
	SÍ			Considerar profilaxis (CHEST 2B, RCOG D)
Protrombina M/M	NO	Sugiere no usar profilaxis anteparto	Recomendación condicional	CHEST vigilancia salvo otros FR (2B) RCOG considerar profilaxis (D)
	SI			Considerar profilaxis (CHEST 2B, RCOG D)
Trombofilia combinada	Independientemente de la historia familiar	Sugiere realizar profilaxis	Recomendación condicional	Recomienda profilaxis

1. Bates SM, et al. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e691S-e736S.

2. RCOG. Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management. Green top Guideline No. 37b. April 2015. Disponible en: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_37b.pdf. Último acceso: diciembre 2019.

3. Bates SM, et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. Blood Adv. 2018;2(22):3317-3359.

ASH 2018 vs RCOG 2015 vs CHEST 2012



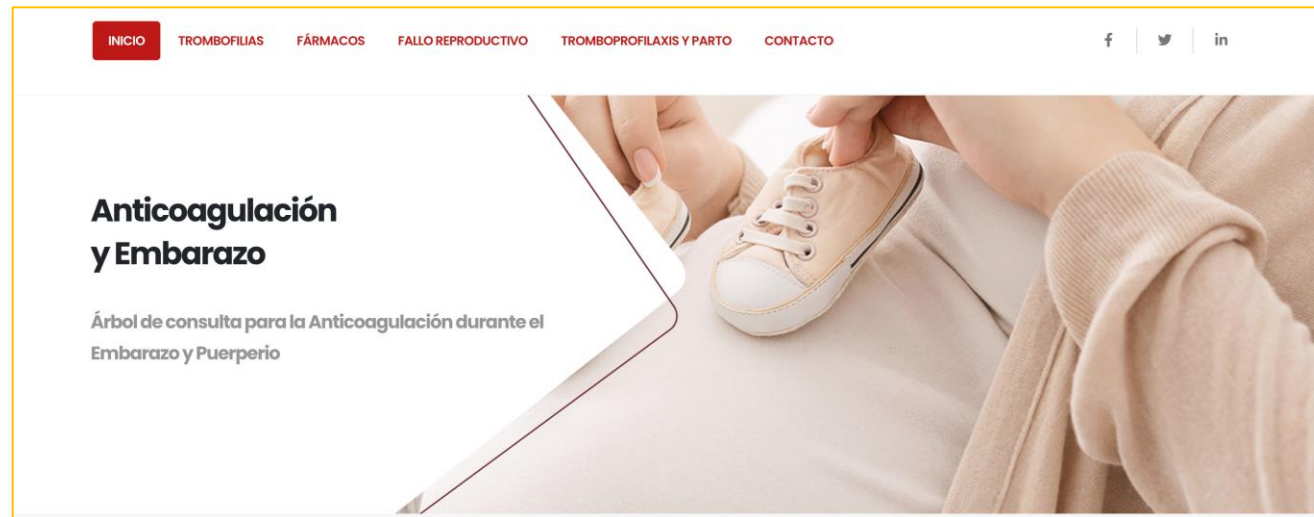
ASH 2018				RCOG 2015/CHEST2012
Trombofilia	Hª familiar ETV	Manejo postparto	Grado recomendación	Manejo postparto
FV Leiden M/N	NO	Sugiere no usar profilaxis postparto	Recomendación condicional	No profilaxis (RCOG D)
	SÍ			Profilaxis 10 días (RCOG D)
Protrombina M/N	NO	Sugiere no usar profilaxis postparto	Recomendación condicional	No profilaxis (RCOG D)
	SÍ			Profilaxis 10 días (RCOG D)
Déficit proteína S	NO	Sugiere no usar profilaxis postparto	Recomendación condicional	Profilaxis 6 semanas (CHEST 2B, RCOG D)
	SÍ	Sugiere realizar profilaxis		
Déficit proteína C	NO	Sugiere no usar profilaxis postparto	Recomendación condicional	Profilaxis 6 semanas (CHEST 2B, RCOG D)
	SÍ	Sugiere realizar profilaxis		
Déficit AT	NO	Sugiere no usar profilaxis postparto	Recomendación condicional	Profilaxis 6 semanas (CHEST 2B, RCOG D)
	SÍ	Sugiere realizar profilaxis	Recomendación fuerte	
FV Leiden M/M Protrombina M/M Trombofilia combinada	Independientemente de la historia familiar	Sugiere realizar profilaxis	Recomendación condicional	Profilaxis 6 semanas (CHEST 2B, RCOG D)
Mujeres sin FR de ETEV o sólo 1 FR (excluyendo trombofilia conocida o antecedentes de ETEV)		Sugiere no usar profilaxis postparto	Recomendación condicional	No profilaxis (RCOG D)
Mujeres con 2 o más FR de ETEV (excluyendo trombofilia conocida o antecedes de ETEV)		No recomendación	Recomendación condicional	Profilaxis 10 días (RCOG D)

1. Bates SM, *et al.* VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e691S-e736S.

2. RCOG, Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management. Green-top Guideline No. 37b. April 2015. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37b.pdf>. Último acceso: diciembre 2019.

3. Bates SM, *et al.* American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. Blood Adv. 2018;2(22):3317-3359.

Herramientas que facilitan la decisión terapéutica



<https://anticoagulacionyembarazo.com/>

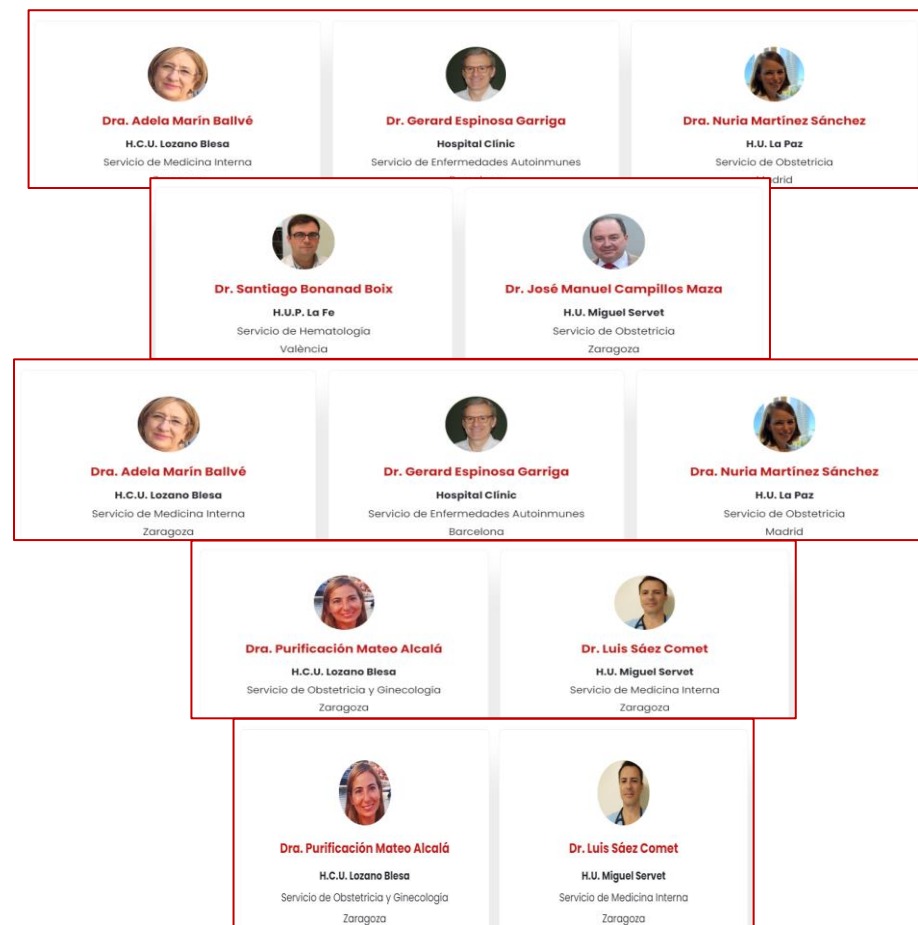
<https://anticoagulacionyembarazo.com/>



Autores

www

Bibliografía



CONCLUSIONES



**Profilaxis ETEV en
embarazo y postparto:**

Valoración dinámica:

**Fármaco de elección
HBPM**

**Tratamiento antitrombótico
en GESTANTE**

Fármaco de elección HBPM

Antecedentes personales y/o
familiares de eventos tromboticos

Factores de riesgo vasculares

Trombofilias de alto riesgo y de
bajo riesgo

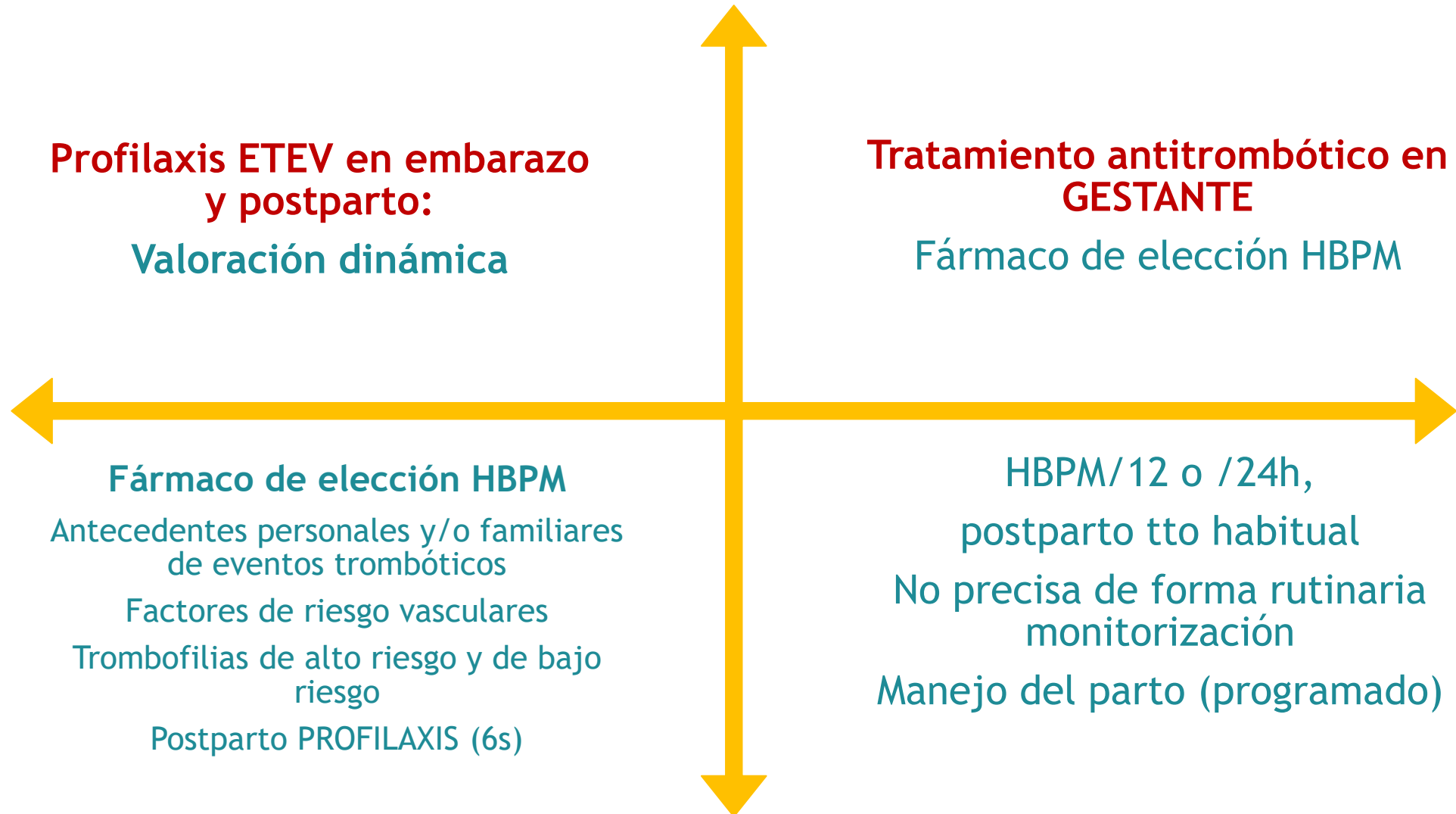
Postparto PROFILAXIS (6s)

HBPM/12 o /24h, postparto tto
habitual

No precisa de forma rutinaria
monitorización

Manejo del parto (programado)

CONCLUSIONES



Manejo de la anticoagulación en la mujer





Manejo de la anticoagulación en la mujer:

- ✓ ¿Se pueden tomar anticoagulantes durante la menstruación?
- ✓ ¿Que se considera sangrado menstrual abundante?
- ✓ ¿Es habitual que la menstruación sea más abundante en mujeres bajo tratamiento anticoagulante?
- ✓ ¿Como podemos actuar ante un sangrado menstrual abundante bajo terapia anticoagulante?
- ✓ ¿Qué medidas terapéuticas se pueden utilizar ?
- ✓ ¿Se puede modificar la anticoagulación durante la menstruación?
- ✓ ¿Qué fármaco anticoagulante produce menos sangrado menstrual?



Manejo de la anticoagulación en la mujer:

- ✓ 1 de cada 3 mujeres en edad reproductiva presentan un SMA
- ✓ El 70% de las mujeres en edad fértil y anticoaguladas presentan un SMA

¿Que se considera sangrado menstrual abundante?

- menstruación >7 días o con pérdidas hemáticas >80 mL por ciclo
- sangrado excesivo que interfiere en la calidad de vida de la mujer a nivel físico, emocional, social y material, que puede aparecer de forma aislada o en combinación con otra sintomatología
- Incluye: sangrado intermenstrual, postmenopáusico, post relaciones sexuales, menstruación irregular
- Si aparece recomendable revisión ginecológica

Score	TOWEL	1	2	3	4	5	6	7	8
1									
5									
20									
	CLOTS/ FLOODING	50p x1	1p x1						

Score	TAMPON	1	2	3	4	5	6	7	8
1									
5									
10									
	CLOTS/ FLOODING								

	Puntuación	
	Sí	No
1. ¿Sangra durante más de 7 días al mes?	3	0
2. ¿Tiene 3 o más días de sangrado más abundante durante su menstruación?	1	0
3. En general, ¿su regla le resulta especialmente molesta debido a su abundancia?	3	0
4. ¿En alguno de los días de sangrado más abundante mancha la ropa por las noches; o la mancharía si no usase doble protección o se cambiase durante la noche?	1	0
5. ¿Durante los días de sangrado más abundante le preocupa manchar el asiento de su silla, sofá, etc.?	1	0
6. En general, ¿en los días de sangrado más abundante, evita (en la medida de lo posible) algunas actividades, viajes o planes de ocio porque debe cambiarse frecuentemente el tampón o la compresa?	1	0

A. Pictorial Bleeding Assessment Chart

B. Cuestionario SAMANTA



Manejo de la anticoagulación en la mujer:

- ✓ 1 de cada 3 mujeres en edad reproductiva presentan un SMA
- ✓ El 70% de las mujeres en edad fértil y anticoaguladas presentan un SMA

Consecuencias

- Déficit de hierro
- Pérdidas laborables
- Afectación de la calidad de vida
- Toma de decisiones no adecuada:



**Suspensión
del
tratamiento**

**Reducción
de dosis**

1. Patel JP, Nzelu O, Roberts LN, Johns J, Ross J, Arya R. How do anticoagulants impact menstrual bleeding and quality of life? - The PERIOD study. Res Pract Thromb Haemost. 2023;7(2):100072.
2. Samuelson Bannow B. Management of heavy menstrual bleeding on anticoagulation. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2020;2020(1):533-7.
3. Boonyawat K, O'Brien SH, Bates SM. How I treat heavy menstrual bleeding associated with anticoagulants. Blood. 2017;130(24):2603-9.
4. <https://doi.org/10.1016/j.jtha.2024.11.014>



Manejo de la anticoagulación en la mujer:

SMA y terapia anticoagulante.

- ❑ Tiempo del evento trombótico (<1m, 3-6m, >6m)
- ❑ Tipo de evento trombótico: TEP, TVP p o distal, otras localizaciones
- ❑ SMA: Hemorragia clínicamente relevante, o no relevante

SMA y terapia anticoagulante.

- En relación con la WARFARINA...

Fármaco	Incidencia	OR
Rivaroxaban	9.5%	2.1
Edoxaban	9%	1.26
Apixaban	5.4%	1.18
Dabigatran	5.9%	0.59%

Manejo de la anticoagulación en la mujer:

Fármaco	Incidencia	OR
Rivaroxaban	9.5%	2.1
Edoxaban	9%	1.26
Apixaban	5.4%	1.18
Dabigatran	5.9%	0.59%



SMA y terapia anticoagulante. Aspectos prácticos

Tranexámico:

- 40% efectivo en reducir el sangrado uterino
- Incrementa la calidad de vida
- Contraindicado en episodio agudo,
- Valorar: beneficio/riesgo en mujeres anticoaguladas fuera del episodio agudo y con historia previa de trombosis

Discontinuar tratamiento y disminuir dosis:

- Incrementa el riesgo de recurrencia
- No está demostrado que reduzca el sangrado uterino

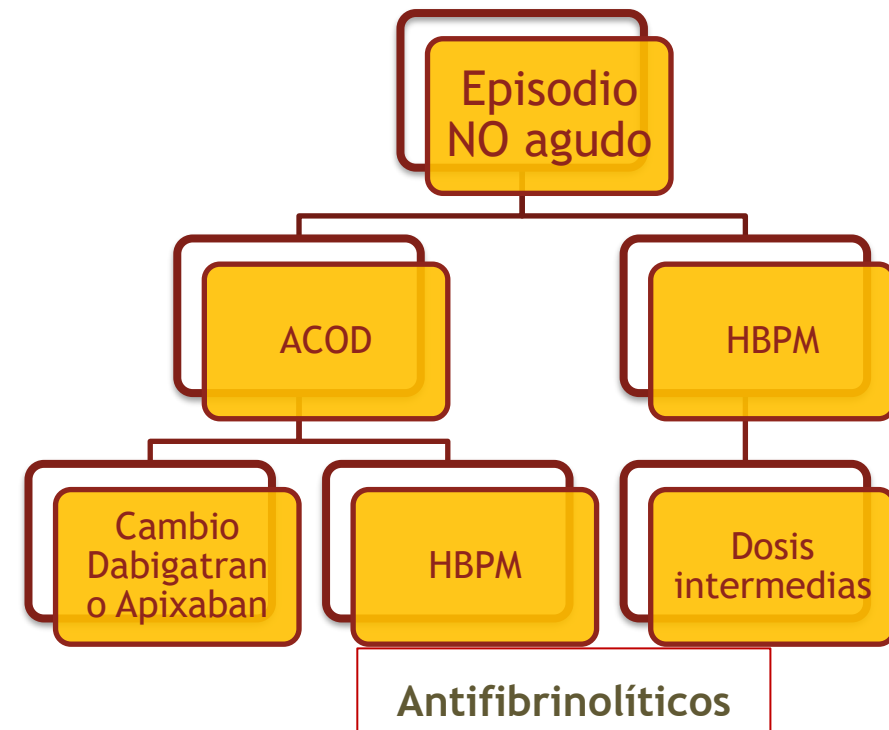
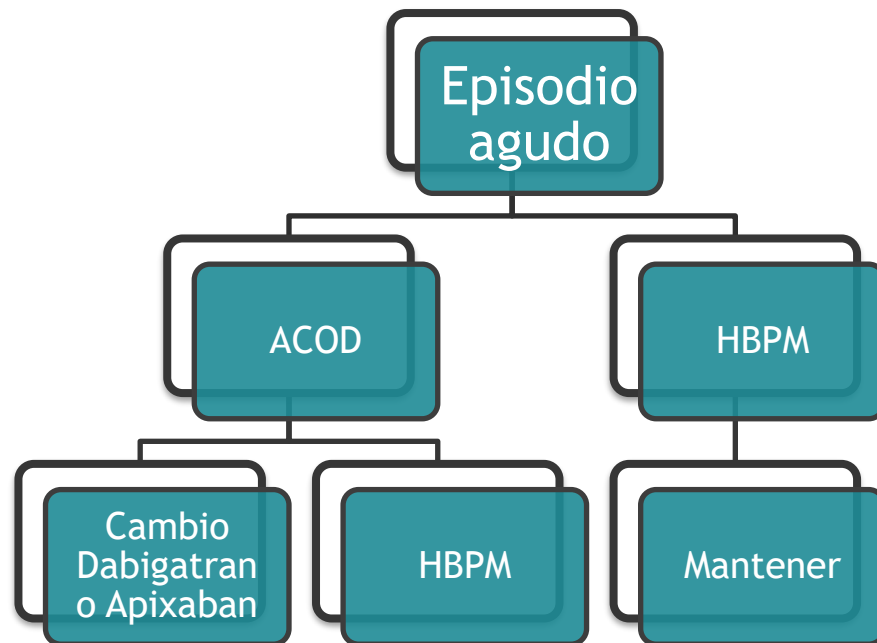
Manejo de la anticoagulación en la mujer:

Fármaco	Incidencia	OR
Rivaroxaban	9.5%	2.1
Edoxaban	9%	1.26
Apixaban	5.4%	1.18
Dabigatran	5.9%	0.59%



SMA y terapia anticoagulante. Aspectos prácticos

Aspectos prácticos: revisión ginecología, embolización, ablación , cirugía



Anticonceptivos y Trombosis :



- ✓ ¿Qué tipo de anticonceptivo es el más recomendable en la mujer en edad fértil?
- ✓ ¿Se debe de realizar ET en mujeres con ETEV relacionada con AO?
- ✓ ¿Se debe de realizar estudio de trombofilia a las mujeres antes de iniciar AO ?
- ✓ ¿Se debe retirar el anticonceptivo en relación al episodio de trombosis?



Anticonceptivos y Trombosis :

✓ ¿Qué tipo de anticonceptivo es el más recomendable en la mujer en edad fértil?

Elección del AHC	
Anticonceptivo hormonal	Riesgo relativo de ETV (IC95%) vs no consumidoras
No aumenta el riesgo de ETV	
DIU Levonorgestrel	0.6 (0.2-1.5)
Píldoras dosis bajas progestágenos	0.9 (0.6-1.5)
Riesgo de ETV incierto	
Implantes de Etonorgestrel	1.4 (0.6-3.4)
Aumenta el riesgo de ETV	
Anticonceptivos combinados	
- Etinilestradiol / levonorgestrel	2.9 (2.2-3.8)
- Etinilestradiol / desogestrel	6.6 (5.6-7.8)
- Etinilestradiol / drospirenona	6.4 (5.4-7.5)
Progestágenos intramusculares	
(Medroxiprogesterona depot)	2.7 (1.3-5.5)

✓ ¿Se debe de realizar ET en mujeres con ETEV relacionada con AO?

ETEV Desproporcionado

Categorización de los factores de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa basada en el riesgo de recurrencia a largo plazo		
Riesgo estimado de recurrencia a largo plazo ^a	Categoría de los factores de riesgo de la TEP inicial ^b	Ejemplos ^b
Bajo (< 3% al año)	Factores importantes, transitorios o reversibles, asociados con un aumento de más de 10 veces del riesgo de ETEV inicial (comparado con pacientes sin este factor de riesgo)	Cirugía con anestesia general durante > 30 min Reposo en cama en el hospital (excepto para ir al servicio) ≥ 3 días debido a una enfermedad aguda o a la exacerbación aguda de una enfermedad crónica Traumatismo con fracturas
Intermedio (3-8% al año)	Factores transitorios o reversibles asociados con un aumento de menos de 10 veces del riesgo de ETEV inicial	Cirugía menor (anestesia general < 30 min) Ingreso hospitalario < 3 días por enfermedad aguda Tratamiento con estrógenos o anticonceptivos Embarazo o puerperio Reposo en cama fuera del hospital ≥ 3 días por enfermedad aguda Lesión en extremidades inferiores (sin fractura) asociada con movilidad reducida ≥ 3 días Vuelo de larga distancia
	Factores de riesgo persistentes no malignos	Enfermedad inflamatoria intestinal Enfermedad autoinmunitaria activa
	Factor de riesgo no identificable	
Alto (> 8% al año)		Cáncer activo Uno o más episodios previos de ETEV en ausencia de un factor de riesgo importante, transitorio o reversible Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos

Bistervels I et al. Sex matters: Practice 5P's when treating young women with venous thromboembolism. J Thromb Haemost. 2019;17:1417–1429.

S.V. Konstantinides et al. / Rev Esp Cardiol. 2020;73(6):497.e1–497.e58

Anticonceptivos y Trombosis :



✓ ¿Se debe de realizar estudio de trombofilia a las mujeres **antes** de iniciar AO ?

- **NO SE RECOMIENDA** realizar de forma general

- Valorar realización si:

- **Antecedentes** de evento trombótico previo
- **Antecedentes** de trombosis en familiares de primer grado

Thrombophilia testing in hormone-related VTE				
Who	Why	When	What	How
 People with hormone-related venous thromboembolism	 To guide the decision to stop or extend anticoagulant therapy after primary treatment phase	 Only test when the result impacts the decision to stop or extend anticoagulation therapy	 -factor V Leiden mutation -prothrombin 20210A mutation -protein C deficiency -protein S deficiency -antithrombin deficiency -antiphospholipid antibodies and lupus anticoagulant	 -Anticoagulant use can interfere with lupus anticoagulant testing -Anticoagulant use and high estrogen states can influence protein S, protein C and antithrombin levels



Anticonceptivos y Trombosis :

✓ ¿Se debe retirar el anticonceptivo en relación al episodio de trombosis?

Table III. Rate of recurrent VTE during anticoagulation in relation to hormone exposure [47].

No hormone exposure during anticoagulation, n = 1413	All hormone exposures during anticoagulation, n = 475	COC exposure during anticoagulation, n = 306	Gestagen-only exposure during anticoagulation, n = 217
4.7 %/year (95 % CI 3.3–6.4)	3.7 %/year (95 % CI 1.5–7.7)	3.7 %/year (95 % CI 1.0–9.4)	3.8 %/year (95 % CI 0.8–11.2)

Análisis post-hoc estudios RE-COVER y RE-MEDY ²: 270 mujeres ttº hormonal.

El uso de anticonceptivos orales no se asoció con un aumento de las recurrencias de ETV (OR, 0.59; 95% CI, 0.20-1.72)

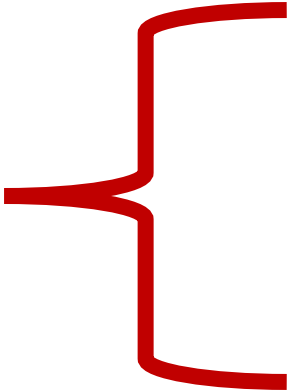
1 Martinelli I et al. Blood. 2016;127(11): 1417-1425.

2 Huisman MV et al. J Thromb Haemost. 2018 Sep;16(9):1775-1778

Anticonceptivos y Trombosis :



✓ ¿Se debe de retirar el anticonceptivo en relación al episodio de trombosis?

- 
- **No es necesario retirar AO (valorar otras opciones si es posible)**
 - Mantenerlo durante todo el tto anticoagulante
 - **Retirar un mes antes de finalizar el tratamiento**

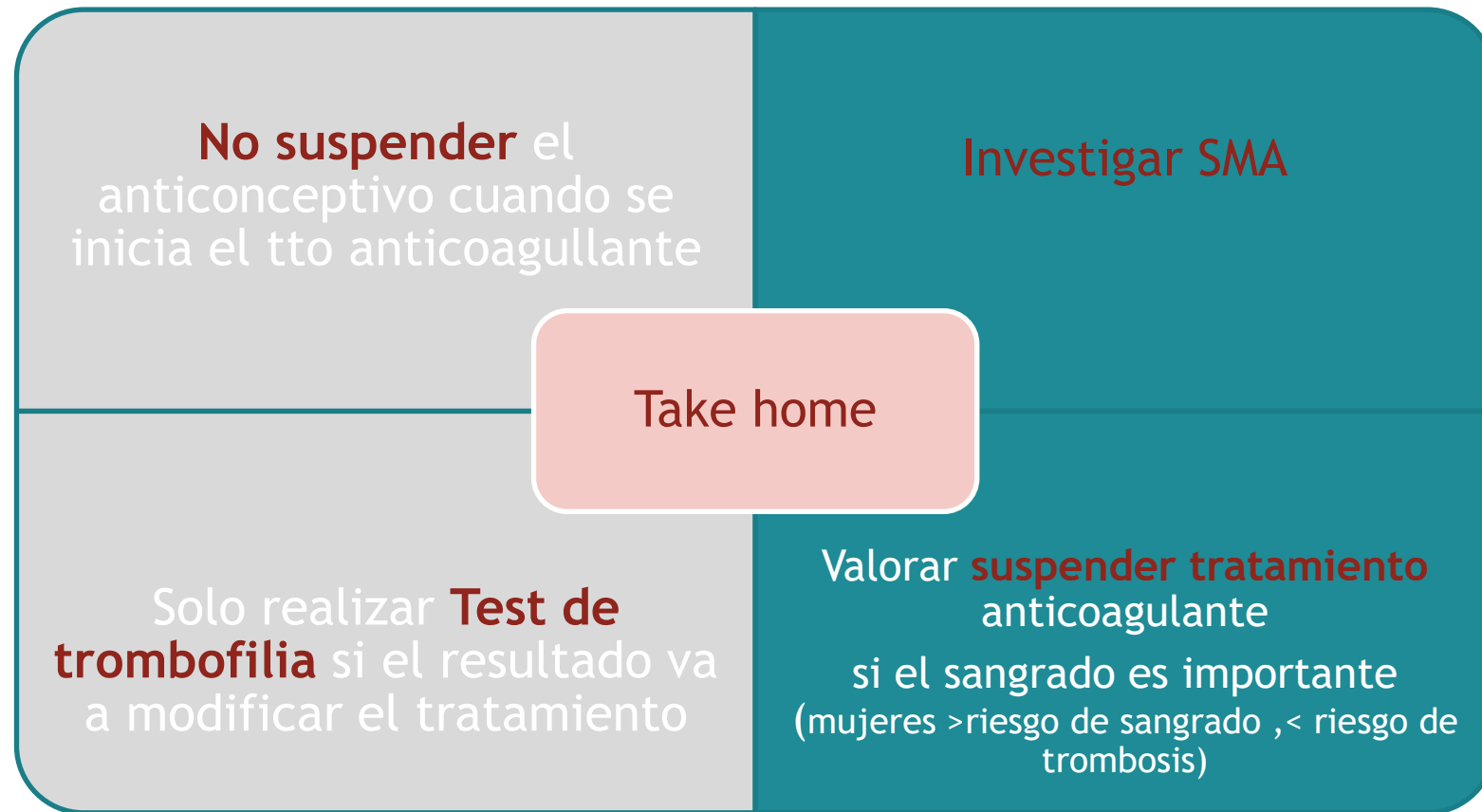
Si precisa AO: DIU levonogestrel, Pills gestágeno

¹ Martinelli I et al. Blood. 2016;127(11): 1417-1425.

² Huisman MV et al. J Thromb Haemost. 2018 Sep;16(9):1775-1778

Scheres LJJ, Middeldorp S. Hormone-related thrombosis: duration of anticoagulation, risk of recurrence, and the role of hypercoagulability testing. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2024 Dec 6;2024(1):664-671.

Anticoagulación en la mujer





Dra Olga Gavín
Sección Hemostasia y Trombosis. Servicio Hematología y Hemoterapia
HCU Lozano Blesa. Zaragoza
976556400,ext164349
Clínica Montpellier. Zaragoza
Profesora asociada UNIZAR
ogavin@salud.aragon.es / ogavin@hotmail.es