



## 1818 - ESTUDIO DESCRIPTIVO EN GESTANTES CON PROFILAXIS PARA ETEV DE 2007 HASTA ACTUALIDAD EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE CAM

I. Cabanillas Navarro, J.M. Gil Belda, L. García Escudero, C. Arias Bordajandi, C. Molina Ruiz, M.I. Peña Yáñez, J. Cantón Seoane y S. García Lázaro

Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** La ETEV y los estados de hipercoagulabilidad afectan a un porcentaje elevado de pacientes sanos. En España se estima que la incidencia de ETEV está 1,6-3 casos por cada 100.000 habitantes. La prevalencia en gestantes se ve aumentada por causas ya sean físicas (la compresión de estructuras venosas por útero grávido) como hormonales (aumento de los niveles de factores de coagulación y del fibrinógeno, disminución de proteína S, aumento de resistencia de proteína C activada, etc.). La prevención de ET durante el embarazo se realiza habitualmente con heparina de bajo peso molecular (HPBM) por ser el fármaco más seguro. Estudio descriptivo en gestantes que han recibido profilaxis de ETEV en el embarazo para comprobar la frecuencia de complicaciones relacionadas con el tratamiento y el porcentaje de fallos en el mismo que supone un nuevo evento trombótico, a lo largo de los últimos 14 años en un hospital terciario de la CAM.

**Métodos:** Base de datos de gestantes que han realizado profilaxis de ETEV desde el año 2007 hasta la actualidad. Los motivos por los que estas pacientes realizan prevención primaria son la presencia de Factor V de Leiden, de la mutación 20210 del gen de la protrombina, síndrome antifosfolípido (SAF), mutación MTHFR, alteraciones de las proteínas C y S, alteraciones físicas como el May-Turner, etc. Realizarán prevención secundaria aquellas gestantes con eventos tromboembólicos previos y recibirán dosis terapéuticas/intermedias las pacientes con prótesis valvulares, ET que haya debutado en esa gestación o alto riesgo trombótico. Se descartaron aquellas pacientes sin antecedentes personales de ET ni estado de hipercoagulabilidad pero que recibieron profilaxis primaria tras haberse sometido a fecundación *in vitro*. El análisis estadístico se ha realizado con el programa STATA 15.

**Resultados:** Obtenemos 97 pacientes de las cuales se descartaron 2 por no haber dado a luz en el momento del estudio. De las 95 pacientes restantes, se pierde el seguimiento de 2 de ellas y otras 4 no llevan el embarazo a término por interrupción voluntaria del mismo (1) o aborto espontáneo (3). La media de edad de las 89 pacientes que conforman la cohorte es de 34,6 con una desviación típica de 4. El motivo más frecuente por el que las pacientes reciben HBPM es ET previo (68,09%), seguido de ET durante la gestación a estudio (13,85%), el SAF (7,45%) y ser portadoras de prótesis valvulares (5,32%). Un 34,8% de las pacientes presentaban al menos dos motivos para recibir HBPM. Se detectaron eventos adversos en el 25,8% de las gestaciones de los cuales el 78,3% fueron eventos trombóticos y el 21,7% eventos hemorrágicos. No existe relación entre la presencia de

eventos adversos y el motivo por el cual las pacientes recibían HBPM ni tampoco existen diferencias significativas entre presentar eventos adversos, del tipo que sean, y la edad de las pacientes.

*Conclusiones:* No existen predictores de riesgo para determinar qué gestaciones es más probable que se compliquen por el hecho de precisar administración de HBPM para prevenir ET. Se necesitan más estudios para evaluar la verdadera repercusión de la administración de HBPM durante la gestación.