

Información a la paciente con enfermedad tromboembólica venosa durante el embarazo y puerperio



**Información
para pacientes
con ETV**

¿Qué es la trombosis venosa profunda de las piernas o la embolia pulmonar?

La trombosis venosa profunda de las piernas es la presencia de un coágulo de sangre que bloquea parcialmente la circulación de las venas de la pierna.

La embolia pulmonar, o embolia de pulmón, es la presencia de un coágulo de sangre que bloquea parcialmente la circulación en las arterias pulmonares.

La trombosis comienza con la formación de un coágulo en las venas, habitualmente en las piernas. En la mitad de los casos, este coágulo se rompe y viaja por el sistema venoso hacia el pulmón, produciendo la embolia pulmonar. Por tanto, son dos fases de la misma enfermedad y se puede tener una o ambas afectaciones.

¿Qué síntomas produce?



En la trombosis de las venas de la pierna los síntomas más frecuentes son la hinchazón, dolor y enrojecimiento de la pierna afectada.

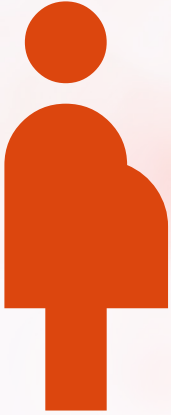
El síntoma más frecuente de la embolia pulmonar es la dificultad para respirar. A veces puede producir otros síntomas como dolor en el pecho, palpitaciones, mareo o pérdida de conocimiento.

¿Por qué se produce?

El embarazo y el puerperio, que son las 6 semanas después del parto, producen una serie de cambios hormonales y de la circulación de las venas de las piernas que pueden favorecer la trombosis venosa. Además, el reposo durante el embarazo o bien el ingreso para el parto o una cesárea son factores que también lo favorecen.



¿Cómo se diagnostica?



El diagnóstico de la enfermedad tromboembólica venosa en el embarazo puede ser más difícil que en otras situaciones porque los síntomas que produce son similares a los que pueden ocurrir en el embarazo, como son la hinchazón y el dolor en las piernas y la dificultad para respirar. Por ello es importante realizar las pruebas necesarias para disponer del diagnóstico, como son la ecografía para diagnosticar la trombosis venosa profunda de las piernas y/o la angio-tomografía computarizada (TC) pulmonar para diagnosticar la embolia pulmonar. Los protocolos radiológicos actuales hacen que la TC sea una técnica segura tanto para las mujeres embarazadas como para el embrión.

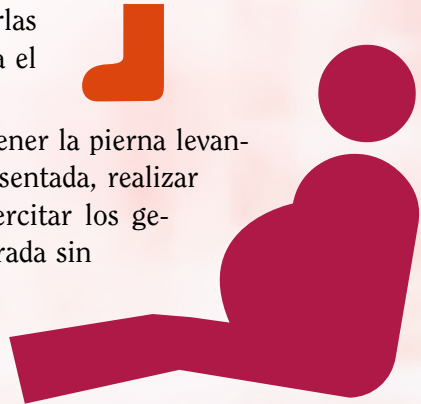
¿Cómo se trata?



El tratamiento fundamental de ambos tipos de trombosis consiste en realizar un tratamiento anticoagulante. Los anticoagulantes son medicamentos que retrasan el tiempo que tarda la sangre en coagular, haciendo que sea más difícil que se formen trombos y facilitando la desaparición de estos.

Si la trombosis afecta a las venas de las piernas, se recomienda además del tratamiento anticoagulante:

- Colocar medias compresivas: utilizarlas durante todo el día y retirarlas para el descanso nocturno.
- Recomendaciones posturales: mantener la pierna levantada durante los periodos que esté sentada, realizar paseos frecuentes y cortos para ejercitar los gemelos, evitar permanecer de pie parada sin caminar.



¿Qué tipos de anticoagulantes hay?

Podemos dividirlos en dos grupos, en función de cómo se administren: las heparinas, que se inyectan, y los anticoagulantes orales, que son pastillas.

➤ **La heparina de bajo peso molecular** (enoxaparina, tinzaparina, dalteparina, bemiparina, etc.) es un medicamento que se administra de forma subcutánea mediante jeringas ya precargadas con la medicación. La técnica de inyección es sencilla y la mayoría de las pacientes pueden administrársela a sí mismas. La inyección subcutánea puede realizarse en la zona abdominal, la parte exterior de los muslos, la parte inferior de la espalda o la parte superior de las piernas o de los brazos. No inyectar en la zona alrededor del ombligo, cerca de cicatrices o en heridas. Para las inyecciones en la zona abdominal, la paciente debe estar tumbada boca arriba, alternando las inyecciones entre el lado derecho e izquierdo. No debe eliminarse la burbuja de aire contenida en la jeringa. Durante la inyección, debe mantenerse sujeto el pliegue de la piel. Con el crecimiento normal del vientre durante el embarazo y la tensión de la piel, se puede pasar a realizar las inyecciones en la parte exterior de los muslos, la parte inferior de la espalda o la parte superior de las piernas o de los brazos. En el caso de dudas, su enfermero/a le enseñará la técnica más adecuada para su correcta administración.

Por su seguridad y eficacia, las heparinas son el medicamento más recomendado para el tratamiento de la trombosis venosa que aparece durante el embarazo y el puerperio, a diferencia de las trombosis venosas que ocurren en pacientes no embarazadas, en las que se puede utilizar también anticoagulantes orales en forma de pastillas.



- **Los anticoagulantes orales** se dividen a su vez en anticoagulantes clásicos (Sintrom®) y anticoagulantes de acción directa (rivaroxabán, apixabán, edoxabán o dabigatrán).
- En la trombosis asociada al embarazo, no se recomiendan los anticoagulantes de acción directa. Por otro lado, como norma general, el Sintrom® no se recomienda durante el embarazo.
- Durante la fase de lactancia, el Sintrom® podría utilizarse con precaución, ya que deberemos darle al bebé un tratamiento con vitamina K oral o mediante inyección intramuscular, para que el escaso Sintrom® que se elimina por la leche materna no le haga efecto. Durante la lactancia los anticoagulantes de acción directa no los podemos recomendar porque existe escasa evidencia científica.



Interacciones con alimentos y medicamentos, efectos secundarios

La heparina de bajo peso molecular no interacciona con alimentos ni con la mayoría de los medicamentos. Puede interactuar con otros medicamentos que afectan a la coagulación o a la antiagregación (como el ácido acetilsalicílico o Aspirina®).

La heparina de bajo peso molecular tiene dos efectos secundarios principalmente: los relacionados con la inyección (dolor, enrojecimiento, picor, cardenal en la piel, infección del punto de inyección, formación de hematoma), que son frecuentes y en la mayoría de los casos son leves. Estos se previenen siguiendo las recomendaciones sobre la técnica de inyección, especialmente rotando en la zona de piel y realizando la inyección en piel sana.



El otro efecto secundario importante es el sangrado. Este efecto es común a todos los anticoagulantes y las heparinas de bajo peso molecular han demostrado ser muy seguras durante el embarazo y puerperio, siendo muy infrecuente la aparición del sangrado. Este efecto es especialmente relevante cuando se acerca la fecha prevista de parto, dado que si está recibiendo tratamiento con anticoagulantes puede impedir recibir la inyección epidural. Por ello, debe tener un seguimiento estrecho durante el embarazo y planificar cuándo retirar la anticoagulación cuando se acerque el momento del parto con su médico especialista y obstetra.



¿En qué se diferencian los anticoagulantes?

Tipo	Administración	Interacciones	Controles	Financiación (España)
Heparina	Inyección diaria o cada 12 h	Pocas	No	Financiadas
Anti-vitamina K (Sintrom, Aldocumar)	Oral, 1 vez/día	Muchos fármacos y alimentos ricos en vitamina K	INR periódico	Financiadas
Anticoagulantes orales acción directa (Eliquis®/apixabán, Xarelto®/rivaroxabán, Pradaxa®/dabigatrán, Lixiana®/edoxabán)	Oral, 1-2 veces/día	Menos interacciones, cuidado con algunos fármacos	No	No financiadas en España para trombosis venosa (excepto dabigatrán), sólo financiadas para fibrilación auricular (arritmia de corazón)



Recomendaciones sobre alimentación en pacientes que toman anticoagulantes anti vitamina K (Sintrom®, warfarina)

Se puede comer a diario	<ul style="list-style-type: none"> • Frutas y su zumo: manzana, plátano, cítricos, melón, uvas pasas • Verduras no de hoja verde (pepino, calabacín, pimiento, zanahoria, tomate, champiñones, espárragos) • Pasta, patata y arroz • Judías blancas • Carne magra, pescado, un huevo diario, lácteos • Aceite de girasol en cantidad moderada • Café
Se puede comer 2-4 veces por semana	<ul style="list-style-type: none"> • Brócoli, coliflor, guisantes, judías verdes, aguacate, repollo • Garbanzos, lentejas • Quesos curados o azules y yema de huevo • Frutas: uvas, ciruelas frescas • Frutos secos: anacardos, avellanas, pistachos, piñones
Se puede tomar ocasionalmente o en porciones pequeñas y constantes	<ul style="list-style-type: none"> • Verduras: espinaca, col rizada (kale), berza, grelos, rúcula, berros, coles de Bruselas, repollo, brotes de brócoli • Hígado • Frutas: ciruelas pasas, orejones, higos, castañas, kiwi, aguacate • Soja • Mantequilla • Orégano, cilantro • Bollería industrial, galletas y pasteles
Intentarán evitar	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Zumos o infusiones de arándano rojo, pomelo • Suplementos y productos de herbolario, especialmente los de vitamina K • Cambios bruscos de dieta: dietas y batidos detox ricos en hojas verdes • Margarina • Perejil, mayonesa

☒ Consejos prácticos: No se trata de evitar la ingesta de vitamina K sino de hacer de ésta una ingesta constante cada semana, evitando cambios bruscos en cantidades o frecuencia.

Anote para poder comentarlo con su médico o enfermero cambios en su dieta, ayunos, enfermedades gastrointestinales o toma de antibióticos.

¿Cuánto tiempo tendré que estar con tratamiento anticoagulante?

Como norma general, el tiempo de tratamiento durará un mínimo de 3 meses desde el inicio del episodio de trombosis en todos los casos, pero se mantendrá mientras dure todo el embarazo y hasta 6 semanas después del parto. Sin embargo, algunas pacientes requieren continuar anticoagulación más allá de ese período y, en algunos casos, de forma indefinida.



¿Es necesario guardar reposo en los primeros días?

Depende de la situación de cada paciente. Se ha demostrado que, tras iniciar el tratamiento anticoagulante, el riesgo de que el trombo se desplace es muy bajo. Por norma general, no va a ser necesario guardar reposo. Sin embargo, su médico le indicará en cada caso cuando puede comenzar a moverse tras un episodio de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.



¿Cuándo empezaré a notar mejoría?

Se comienza a notar mejoría en los primeros días, aunque la recuperación completa puede tardar meses y en algunos casos puede permanecer algún síntoma de forma permanente.

En el caso de la trombosis de las venas de las piernas, la hinchazón y el dolor pueden estar agravados por el propio embarazo, pudiendo tardar la mejoría más de lo habitual. Además, estos síntomas pueden ir variando durante el tiempo dependiendo si se cumple con el uso de la media compresiva y si se realizan las recomendaciones posturales.

En el caso de la embolia pulmonar, la falta de aire tarda pocos días en mejorar, pero a veces también se puede confundir con la falta de aire que aparece normalmente en el embarazo haciendo que la mejora sea algo más lenta. El dolor en el pecho también mejora en los primeros días, pero puede tardar varias semanas en desaparecer.



¿Cuándo se puede volver a trabajar?

Como norma general, tras 1 mes podrá incorporarse a su puesto de trabajo, aunque habrá que individualizar cada caso según la gravedad de la embolia pulmonar, la situación del embarazo y el tipo de trabajo que desempeñe.



¿Cuándo puedo comenzar a hacer ejercicio físico?

Se indicará en cada caso cuando puede comenzar a reanudar su actividad deportiva habitual de forma escalonada tras la primera revisión en consulta.

La introducción de la actividad física debe ser siempre gradual, poco a poco, aumentando la distancia y la intensidad día a día, no forzar si aparece dolor, y con paciencia. Cada caso puede evolucionar de forma diferente.

No se debe realizar ejercicio extenuante al menos durante 4-8 semanas después de un diagnóstico de embolia pulmonar, hasta asegurar que se haya recuperado el corazón (en el caso de que estuviera afectado en el momento del diagnóstico).



Debe evitar actividades deportivas con riesgo de recibir un golpe, dado que está con tratamiento anticoagulante y habría más riesgo de sangrar.

¿Cuándo podré volar en avión?

Debe consultar con su médico en cada caso. No se debe realizar viajes en avión al menos durante 4-8 semanas después de un diagnóstico de embolia pulmonar, hasta que se haya recuperado el corazón (en el caso de que estuviera afectado en el momento del diagnóstico) y esté clínicamente estable, sin síntomas.



¿Es necesario hacer alguna prueba para comprobar si el trombo ha desaparecido?

El diagnóstico de la embolia pulmonar generalmente se hace mediante el uso de tomografía computarizada (TC) o de gammagrafía. En la mayoría de los casos, no es necesario repetir estas pruebas para comprobar la desaparición del trombo, salvo que persista la dificultad para respirar tras unos meses de anticoagulación.



¿Qué pruebas tendré que hacerme durante el seguimiento?



En las pacientes con trombosis venosa de las piernas, se recomienda repetir la ecografía en el momento en que se vaya a retirar el tratamiento anticoagulante, para comprobar cómo ha quedado la vena/trombo. No es necesario repetir la ecografía venosa en cada revisión mientras se mantiene el tratamiento anticoagulante si no hay nuevos síntomas.

En el caso de la embolia pulmonar, la principal prueba a realizar en el seguimiento es la ecocardiografía, cuando estaba alterada en el momento del diagnóstico, para comprobar la normalización durante el seguimiento. En la mayoría de los casos, no es necesario comprobar la desaparición del trombo, salvo que persista dificultad para respirar después de los 3 meses. Su médico valorará realizar pruebas para descartar enfermedad tromboembólica crónica.

¿Qué secuelas pueden quedar a largo plazo?

Los síntomas crónicos en las piernas pueden ocurrir hasta en la mitad de las pacientes. Son variables y en la mayoría son leves, desde pesadez ocasional, calambres nocturnos, hormigueo, dolor, cambios de coloración en las piernas o aparición de úlceras crónicas en los casos más graves.



En la mitad de las pacientes los trombos de los pulmones desaparecen, pero en la otra mitad pueden quedar restos que no produzcan síntomas. Sólo en torno al 3-4% puede presentarse como secuela una hipertensión arterial pulmonar crónica, que se manifiesta con falta de aire, y que requiere evaluación y seguimiento especializado.

Educación sanitaria sobre estilo de vida

- Es importante seguir de forma estricta las indicaciones dadas por su médico y que se administre el tratamiento anticoagulante como se le ha prescrito.
- Dejar de fumar. El tabaco aumenta el riesgo de trombosis y de desarrollar secuelas, por lo que su abandono es fundamental. No tomar alcohol dado que también aumenta el riesgo de sangrado.
- Mantener un peso adecuado. El sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de trombosis y de desarrollar secuelas.
- Realizar actividad física de forma regular. El ejercicio físico es clave para prevenir la trombosis y mejorar la capacidad respiratoria. Una vez pasada la fase inicial de la embolia pulmonar, se recomienda realizar una vida activa, de forma progresiva, caminando de forma regular y realizando ejercicio físico al menos 2 días a la semana.



Síntomas de recurrencia trombótica

Consulte inmediatamente en urgencias

- Nueva aparición de falta de aire, dolor en el pecho o mareo.
- Aumento de la hinchazón de una extremidad o cambio de su coloración a azulada.



Signos de sangrado menor

Consulte a su médico especialista o médico de Atención Primaria cuanto antes

- ➔ Sangrado nasal o de encías: si su nariz comienza a sangrar, tapónela durante 10 minutos. Si aun así sigue sangrando haga presión a nivel de las aletas nasales con el pulgar y el índice de su mano dominante durante otros 10 minutos. Si a pesar de ello el sangrado no cesa, póngase en contacto con su médico o acuda a su centro de Atención Primaria. Un cepillo de dientes blando puede ayudar a disminuir el sangrado de las encías.
- ➔ Aparición de hematomas con facilidad.
- ➔ Sangrado menstrual abundante.
- ➔ Los sangrados después de un corte tardan un poco más en cesar.



Signos de sangrado mayor

Consulte inmediatamente en urgencias

- ➔ Heces negras o rojas.
- ➔ Orina color rojo.
- ➔ Tos o vómitos con sangre roja brillante o en posos de café.
- ➔ Debilidad, cansancio y palidez; falta de aire o dolor en el pecho.
- ➔ Un corte que no deje de sangrar tras 10 minutos haciendo presión.



Recomendaciones en la paciente anticoagulada

- ➔ Tomar la dosis pautada de su anticoagulante todos los días y a la misma hora.
- ➔ Deben evitarse las inyecciones intramusculares, ya que pueden provocar hematomas, salvo prescripción médica.

- ➔ No tomar aspirinas, ni antiinflamatorios, salvo prescripción médica. Para la fiebre o dolor puede utilizar paracetamol.
- ➔ No consumir alcohol dado que dificulta el buen control de la anticoagulación.
- ➔ No realizar deportes de contacto o de riesgo, pueden producir lesiones y hematomas.
- ➔ Consultar siempre antes de tomar cualquier producto de herboristería.
- ➔ Advierta siempre que está anticoagulada a su obstetra y si le tienen que hacer una intervención quirúrgica, una biopsia o una extracción dentaria.



- ➔ No tomar ningún medicamento nuevo sin antes consultarlo con su médico.
- ➔ Debe vigilar y consultar ante cualquier sangrado anormal o si le aparecen hematomas sin traumatismo previo.
- ➔ Lleve siempre un documento en su cartera o alguna indicación de que está anticoagulada.

¿Qué precauciones debo tener cuando el médico suspenda la anticoagulación?

- ➔ Siga sin fumar y sin el consumo de alcohol.
- ➔ Tratamiento precoz en caso de hipertensión arterial, diabetes o dislipemia. Evitar sobrepeso y obesidad.
- ➔ Se aconseja prevención con heparina de bajo peso molecular a dosis preventivas ante cualquier situación de riesgo trombótico, como son la inmovilización por cualquier causa durante más de 3 días, traumatismo con fractura de miembros inferiores, ingreso hospitalario, intervenciones quirúrgicas, viajes en avión > 4 horas..., mientras dure el factor de riesgo.
- ➔ En mujeres que hayan tenido un episodio de trombosis venosa profunda o embolia de pulmón, está contraindicado tratamiento hormonal (como





por ejemplo los anticonceptivos hormonales) que contengan estrógenos. En caso de necesitar terapia hormonal se podría recomendar DIU de levonorgestrel, píldoras de solo progestágenos o implante subcutáneo con progestágenos, siempre tras valoración por su médico especialista en trombosis. En caso de nuevo embarazo, debe acudir inmediatamente a consulta de alto riesgo Ginecología/especialista en trombosis de Medicina Interna/Hematología para valorar en su caso el comenzar de nuevo con heparina a dosis preventiva.

- ➔ Debe acudir inmediatamente a urgencias si presenta síntomas compatibles con trombosis venosa (hinchazón, dolor y/o enrojecimiento de la pierna mayor al habitual, dificultad para respirar o dolor en el pecho) y avisar al personal sanitario de que ya ha padecido previamente una trombosis venosa.

¿Hay asociaciones de pacientes con trombosis o páginas webs para obtener información sobre mi enfermedad?



- ➔ Se puede encontrar información especializada en la página web:

www.trombo.info

desarrollada por la Fundación FUENTE (Fundación para el Estudio de la Enfermedad Tromboembólica). Podrá encontrar información sobre todos los aspectos de la enfermedad tromboembólica venosa generada por especialistas contrastados.

- ➔ Asociaciones de pacientes: **FEASAN (anticoagulados.info)** agrupa a diversas asociaciones de pacientes anticoagulados en España, incluyendo a aquellos con ETV. Ofrece información, apoyo y actividades de concienciación para mejorar la calidad de vida.

Uso de heparina de bajo peso molecular durante el embarazo

1. La heparina de bajo peso molecular (HBPM) es un medicamento que se administra de forma subcutánea mediante jeringas ya precargadas con la medicación.
2. La técnica de inyección es sencilla y la mayoría de las pacientes pueden administrársela a sí mismas.
3. Lávese las manos con agua y jabón.
4. La inyección subcutánea puede realizarse en la zona abdominal, la parte exterior de los muslos, la parte inferior de la espalda o la parte superior de las piernas o de los brazos.
5. Para las inyecciones en la zona abdominal, la paciente debe estar tumbada boca arriba, alternando las inyecciones entre el lado derecho e izquierdo.
6. Elija un punto de inyección, evitando la zona alrededor del ombligo, cerca de cicatrices o en heridas.
7. Limpie el sitio de punción. Si la piel está limpia, no es necesario utilizar ningún antiséptico. Si precisa desinfectar la zona, use alcohol o clorhexidina en círculo desde dentro hacia afuera.
8. Prepare la jeringa precargada. Compruebe el nombre y la dosis prescrita por su médico/a.
9. No debe eliminarse la burbuja de aire contenida en la jeringa. Coja un pliegue de la piel con un pellizco.
10. Inyecte el contenido de la jeringa (durante la inyección, debe mantenerse sujeto el pliegue de la piel) lentamente (durante 10 a 30 segundos).
11. Espere 10 segundos, extraiga la aguja y sujete el pliegue.
12. Deseche la jeringa en un contenedor rígido.
13. Con el crecimiento normal del vientre durante el embarazo y la tensión de la piel, se puede pasar a realizar las inyecciones en la parte exterior de los muslos, la parte inferior de la espalda o la parte superior de las piernas o de los brazos.
14. En el caso de dudas, su enfermero/a le enseñará la técnica más adecuada para su correcta administración.
15. La HBPM no interacciona con alimentos ni con la mayoría de los medicamentos. Puede interactuar con otros medicamentos que afectan a la coagulación o a la antiagregación (como el ácido acetilsalicílico).
16. La HBPM tiene efectos secundarios relacionados con la inyección (dolor, enrojecimiento, picor, cardenal en la piel, infección del punto de inyección, formación de hematoma), que son frecuentes y en la mayoría de los casos son leves. Estos se previenen siguiendo las recomendaciones sobre la técnica de inyección, especialmente rotando en la zona de piel y realizando la inyección en piel sana.
17. El otro efecto secundario importante, pero muy infrecuente, es el sangrado. Este efecto es especialmente relevante cuando se acerca la fecha prevista de parto, dado que si está recibiendo tratamiento con anticoagulantes puede impedir recibir la inyección epidural.
18. Por ello, debe tener un seguimiento estrecho durante el embarazo y planificar cuándo retirar la anticoagulación cuando se acerque el momento del parto con su médico especialista y obstetra.



Bibliografía

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Clexane® (enoxaparina sódica). Ficha técnica. Sanofi Aventis, febrero 2022. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/62472/FT_62472.pdf.
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Hibor® (bemiparina sódica). Ficha técnica. Laboratorios Farmacéuticos Rovi, septiembre 2023. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/64166/FichaTecnica_64166.html.pdf.
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Innohep® (tinzaparina sódica). Ficha técnica. LEO Pharma, octubre 2024. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/77153/FT_77153.pdf.
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Fragmin® (dalteparina sódica). Ficha técnica. Pfizer, junio 2025. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/61523/FT_61523.html.pdf.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 197: Inherited Thrombophilias in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018; 132(1): e18-e34. Erratum in: *Obstet Gynecol.* 2018; 132(4): 1069.
6. Bates SM, Rajasekhar A, Middeldorp S et al. American Society of Haematology; guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. *Blood Adv.* 2018; 2: 3317-59.
7. Bates SM. Pulmonary embolism in pregnancy. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine.* 2021; 42(02): 284-98.
8. Greer IA, Nelson-Piercy C. Low-molecular-weight heparins for thromboprophylaxis and treatment of venous thromboembolism in pregnancy: a systematic review of safety and efficacy. *Blood* 2005; 106: 401e7.
9. Hoja de información al paciente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
10. Kalaitzopoulos DR, Panagopoulos A, Samant S et al. Management of venous thromboembolism in pregnancy. *Thrombosis Research.* 2022; 211: 106-13.
11. Romualdi E, Dentali F, Rancan E et al. Anticoagulant therapy for venous thromboembolism during pregnancy: a systematic review and a meta-analysis of the literature. *J Thromb Haemost.* 2013; 11(2): 270-81.
12. Greer IA. *Blood.* 2005; 106: 401e7.
13. Middeldorp S, Ganzevoort W. How I treat venous thromboembolism in pregnancy. *Blood.* 2020; 136(19): 2133-42.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. *Obstet Gynecol.* 2018; 132(1): e18-e34.

Coordinación: Aurora Villalobos Sánchez, Miguel Martín Asenjo.

Autores: Francisco Galeano Valle, María Ortiz Rodríguez, Nuria Muñoz Rivas, Javier Pagan Escribano, Gabriel Puche Palao, Alberto Rodríguez Iglesias, Cristina Sánchez del Hoyo, Esther Usandizaga, Carme Font Puig, Olga Madridano Cobo, Mar Martín del Pozo, Rodrigo Martínez Prado, María Ángeles Fidalgo Fernández.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
La asistencia integral de la persona enferma



GRUPO DE
ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA