

# Unificación de proyectos de trombofilia 2018: sobre los pedidos en forma precoz de trombofilia a la mujer

The unification of three Thrombophilia Law projects presented by Argentine Legislative Authority during 2018 has as objective the inclusion of tests for early detection of thrombophilia in women.

Grand B<sup>1\*</sup>, Forastiero R<sup>2\*</sup>, Penschasky D<sup>3\*</sup>, Gallo M<sup>4\*</sup>,  
Gumpel C<sup>5\*</sup>, Elhelou L<sup>6\*</sup>, Molnar S<sup>7\*</sup>, Rossi A<sup>8\*\*</sup>

\*Grupo de Trabajo de Hemostasia y Trombosis en la Mujer del Grupo CAHT

\*\*Presidente Grupo CAHT

<sup>1</sup> Médica hematóloga, Departamento Materno Infantil, División Obstetricia.

Hospital Juan A Fernández, CABA

<sup>2</sup> Bioquímico, MedicaTec SRL y ManLab, CABA

<sup>3</sup> Médica hematóloga, Hospital Italiano, CABA

<sup>4</sup> Médica hematóloga. Sanatorio Juncal. Temperley, Pcia. Bs. As

<sup>5</sup> Médica hematóloga. Hospital Privado de Rosario, Pcia. Sta. Fe

<sup>6</sup> Médica hematóloga. ANM. Fundación de la Hemofilia, CABA

<sup>7</sup> Médica hematóloga. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba. Pcia, Córdoba

<sup>8</sup> Médica hematóloga. Jefa del Servicio de Hematología,

Hospital Universitario, Fundación Favaloro, CABA

info@grupocaht.com // grupocaht@gmail.com

Fecha recepción: 23/11/2018

Fecha aprobación: 3/12/2018



YO OPINO

HEMATOLOGÍA

Volumen 22 n° 3: 280-287

Septiembre - Diciembre 2018

**Palabras claves:** trombofilia hereditaria,  
ley de trombofilia,  
abortos.

**Keywords:** hereditary thrombophilia,  
thrombophilia law,  
abortion.

**Se sigue entrando por la puerta inadecuada al diagnóstico y manejo  
de las complicaciones obstétricas y los abortos recurrentes**  
**El proyecto de Ley de Trombofilia unificado, que incluye 3 expedientes, inicia diciendo:**  
*“El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, sancionan con fuerza de Ley”*

Comprende los siguientes proyectos:

Exp. 1995-D-2017

Exp. 3286-D-2017

Exp. 5120-D-2018

## “OPINIÓN DE MÉDICOS HEMATÓLOGOS Y BIOQUÍMICOS ESPECIALISTAS EN HEMOSTASIA Y TROMBOSIS (Informe N° III 9/11/2018)”

Declaramos en primer lugar que ninguno de los autores tenemos conflicto de intereses tanto sea con la actual Secretaría de Salud de la Nación, como con el Poder Legislativo; no somos asesores de ningún partido político, no hemos recibido honorarios por trabajar en este tema y lo único que **nos sigue movilizándolo** es que al paciente y a toda la población le llegue la **información adecuada** sobre lo que es la trombofilia, su diagnóstico y tratamiento, si lo hubiere, en particular en relación con la mujer con una complicación gestacional.

### Introducción

Ante la reciente presentación de un nuevo proyecto esta vez unificado (incluye 3 proyectos), consideramos necesario dar nuevamente nuestra opinión con la finalidad de actualizar el tema a la fecha para el conocimiento de toda la ciudadanía.

Se cumplieron casi tres años (marzo 2016) de nuestro primer informe<sup>(1)</sup> acerca del proyecto inicial sobre la Ley de Trombofilia, que fue votado y vetado en 2016, y más de un año (junio 2017) de nuestro segundo informe sobre el Nuevo Proyecto de Ley 2017 (Diputada M. F. Raverta). Ambos informes fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud de Nación<sup>(2)</sup> y posteriormente publicados en la revista Hematología<sup>(1,2)</sup>.

Manifestamos que seguimos profundamente preocupados por la inadecuada difusión del tema y la falta de toma de decisiones para asumir cómo manejar el verdadero problema que plantean miles de mujeres: que es el estudio de trombofilia como herramienta para el manejo del aborto recurrente y de las complicaciones gestacionales.

Es por dicho motivo que pusimos como título de esta publicación que se sigue entrando por la puerta inadecuada al diagnóstico y manejo de estas complicaciones.

En nuestra publicación previa hicimos un análisis profundo del proyecto de la Diputada María Fernanda Raverta<sup>(2)</sup> y no volveremos a extendernos en este punto. Sí consideramos importante mencionar que luego de dicho proyecto, y en concordancia con nuestra opinión, la Academia Nacional de Medicina (ANM) se expidió en forma independiente sobre el

mismo<sup>(3)</sup> y fue difundido entre legisladores y colegas médicos. Dicho documento está a disposición de la población en la página web de dicha institución y publicado en la revista Hematología de acceso libre<sup>(3)</sup>.

### ANTES DE ANALIZAR EL PROYECTO SE APORTARÁ INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE EL TEMA

En especial nos referiremos al tema dirigido a la mujer en cuenta que la ley está dirigida a ella, pero recordamos que la trombofilia está presente en hombres y mujeres.

#### A) Veamos qué dicen los organismos mundiales en relación con la mortalidad materna:

La OMS<sup>(4)</sup> hace referencia en su documento a las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas<sup>(5)</sup>:

- las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
- las infecciones (generalmente tras el parto);
- la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia);
- complicaciones en el parto;
- los abortos peligrosos.

En ningún documento mundial hace referencia a estudiar la trombofilia como marcador de mortalidad materna<sup>(4-7)</sup>. Sin lugar a duda, si la determinación de la trombofilia hereditaria fuera un factor predictor de mortalidad materna seríamos los primeros en difundirlo.

#### B) Veamos lo que los organismos y sociedades internacionales dicen sobre el aborto recurrente en general y los estudios de trombofilia en particular:

(SE DEJA TEXTO FUENTE ORIGINAL EN INGLÉS Y SU TRADUCCIÓN CORRESPONDIENTE)

##### 1. Guías de la Sociedad Europea Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) 2017<sup>(8)</sup>

IMPACTO PSICOLÓGICO (pág. 17-18). Las parejas desean que el equipo médico conozca su historia obstétrica y ofrezcan su cuidado (mostrar comprensión, ser tomados en forma seria y mostrar empatía) y recibir información clara (sobre aborto recurrente y su pronóstico), al igual que reconocerlo como un evento significativo en su vida.

*Couples want the medical team to know their*

*obstetric history and to provide compassionate care (show understanding, take them seriously, show empathy), and clear information (on RPL and progress) (Musters et al., 2013) and recognition that RPL is a significant life event<sup>(8)</sup>.*

**SOBRE ESTUDIOS DE TROMBOFILIA** (pág. 42-44) Se identificaron algunas causas genéticas que predisponen al tromboembolismo venoso (TEV) y se estudian en pacientes con TEV o miembros de su familia. Aun en el contexto de un evento de TEV, el valor del estudio genético es controvertido (Bates y col)<sup>(10,11)</sup>. Los factores incluidos son la proteína C y S, la antitrombina, la mutación de la protrombina y la mutación del factor V Leiden.

**RECOMENDACIÓN:** para mujeres con abortos recurrentes no se sugiere el estudio de trombofilia hereditaria, sólo en el contexto de investigación o con factores de riesgo adicionales como el TEV.

**JUSTIFICACIÓN:** no es clara o no hay asociación, no hay tratamiento establecido, podría solicitarse en caso de TEV.

*Several genetic causes predisposing patients to venous thromboembolism (VTE) have been identified and are currently tested among patients presenting with a thromboembolic event, or their family members. Even in the setting of venous thromboembolism, the value of testing and treatment is controversial (Bates et al., 2016). This includes Factor V Leiden mutation, Prothrombin mutation, Protein C, Protein S and Antithrombin deficiency. RECOMMENDATION: For women with RPL, we suggest not to screen for hereditary thrombophilia unless in the context of research, or in women with additional risk factors for thrombophilia.*

**JUSTIFICACIÓN:** *If additional risk factors for hereditary thrombophilia are present (for instance family members with hereditary thrombophilia, or previous VTE), screening can be considered. Also, in a research setting, screening can be considered to provide further data on the impact of thrombophilia in women experiencing RPL.*

### **Trombofilia adquirida:**

**RECOMENDACIONES:** para mujeres con 2 o más abortos recurrentes recomendamos el estudio de anticoagulante lúpico y anticuerpos anti-cardiolipina Ig G e IgM y considerar los anticuerpos anti  $\beta$ 2GPI IgG e IgM.

*For women with RPL we recommend screening for antiphospholipid antibodies (LA, ACA Ig G and IgM) and consider anti  $\beta$ 2GPI IgG and IgM in women with 2 RPL.*

## **2. Boletín del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) Julio 2018<sup>(12)</sup>**

*ACOG Practice Bulletin. Inherited Thrombophilia in Pregnancy. Number 197. Obstetrics & Gynecology 2018;132: e18-e34.*

Este boletín se refiere exclusivamente a trombofilia hereditaria: no se recomienda el estudio de trombofilia hereditaria para mujeres con abortos recurrentes, muerte fetal, o cualquier complicación adversa. Hay insuficiente evidencia de que el uso de heparina prevenga la recurrencia. Hay falta de asociación con el polimorfismo de la MTHFR C677T, por lo tanto no se recomienda su estudio.

En mujeres con historia personal de tromboembolismo venoso se recomienda el estudio de trombofilias hereditarias que incluyen el factor V Leiden, la mutación de la protrombina, la proteína C y S y la antitrombina.

### **RECOMMENDATIONS:**

*- Screening for inherited thrombophilias is **not recommended** for women with a history of fetal loss or adverse pregnancy outcomes including abruption, preeclampsia, or fetal growth restriction because there is insufficient clinical evidence that antepartum prophylaxis with unfractionated heparin or low-molecular-weight heparin prevents recurrence in these patients. Because of the lack of association between either heterozygosity or homozygosity for the MTHFR C677T polymorphism and any negative pregnancy outcomes, including any increased risk of VTE, screening with either MTHFR mutation analyses or fasting homocysteine levels is not recommended.*

*- Among women with personal histories of*

*VTE, recommended screening tests for inherited thrombophilias should include factor V Leiden mutation; prothrombin G20210A mutation; and antithrombin, protein S, and protein C deficiencies.*

### 3. Otras publicaciones sobre la trombofilia hereditaria:

Stevens y col. establecen que las trombofilias son condiciones hereditarias y/o adquiridas que predisponen a la trombosis. Es común la determinación de trombofilias en pacientes con trombosis venosa y sus familiares, sin embargo estos estudios usualmente no aportan información que impacten en el manejo y pueden dañarlo<sup>(9)</sup>.

Bates y col.<sup>(10,11)</sup>: la mayoría de los estudios sobre TEV en embarazo enfocaron el estudio de trombofilia hereditaria. Si bien se reportó su asociación en aproximadamente el 50% de los TEV asociados con el embarazo, estas alteraciones son muy comunes y se encuentran presentes hasta en un 15% de la población<sup>(11)</sup>. En el caso de las complicaciones gestacionales y el aborto recurrente, no recomiendan en las Guías del ACCP el estudio de trombofilias hereditarias<sup>(10)</sup>.

Sobre la MTHFR la Sociedad de Genética no recomienda puntualmente su estudio<sup>(13)</sup>.

### 4. Otras publicaciones sobre aborto recurrente: ¿cuáles son las causas reales de aborto recurrente?

Contamos con las Guías Nacionales SAMER<sup>(14)</sup> que aportan una revisión reciente y la conferencia publicada sobre el tema: “Las verdaderas causas del aborto recurrente”, en el contexto del Congreso Argentino de Hematología 2017, “Se ha demostrado que el 85% de los abortos denominados idiopáticos son de causa genética con alta frecuencia de aneuploidía embriofetal” (Lancuba y col.)<sup>(15)</sup>.

Los trabajos de genética muestran que la principal causa de abortos recurrentes tempranos son las aneuploidías<sup>(16,17)</sup>. Trabajos recientes proponen estudiar el cariotipo del material de aborto a partir del segundo aborto<sup>(18)</sup>.

Con respecto a este punto las Guías ESHRE dicen lo siguiente: se reconocen a las anomalías genéticas como causa de aborto

esporádicos y recurrentes. En una revisión sistemática la prevalencia de anomalías cromosómicas en un solo aborto esporádico fue de 45% (IC 95% 38-52, sobre 7012 muestras). La prevalencia de anomalías cromosómicas en el aborto siguiente en pacientes con aborto recurrente fue de 39% (IC 29-50, sobre 6 estudios con 1359 muestras). Es posible determinar si la pérdida temprana del embarazo se debe a una anomalía genética del embrión analizando el material del aborto. Algunos autores sugieren esta estrategia de evaluar el cariotipo del material del aborto luego del primer aborto, con la finalidad de continuar con estudios (de trombofilia, tiroides, hormonales, etc.) sólo en el caso de que el resultado sea euploide (genéticamente normal)<sup>(18)</sup>.

#### **Screening for Genetic factors.**

##### **Evidence**

*Genetic abnormalities of the conceptus are a recognized cause of sporadic and recurrent pregnancy loss (RPL). In a systematic review, the prevalence of chromosome abnormalities in a single sporadic miscarriage was 45% (95% CI 38-52; 13 studies; 7012 samples). The prevalence of chromosome abnormalities in a subsequent miscarriage after preceding RPL was comparable (prevalence 39%; 95% CI 29-50; 6 studies; 1359 samples) (van den Berg et al., 2012).*

*It is possible to ascertain whether an early pregnancy loss is due to a genetically abnormal embryo or fetus (aneuploidy) by analyzing the pregnancy or fetal tissue (Mathur et al., 2014).*

*Several authors have suggested a strategy of karyotyping the pregnancy tissue of the second miscarriage and only proceeding to further maternal investigations (for thrombophilia, thyroid dysfunction, uterine malformations) for the cause of the recurrent pregnancy loss if the result is euploid (Hogge et al., 2003, Bernardi et al., 2012, Foyouzi et al., 2012).*

**RECOMMENDATION:** *Genetic analysis of pregnancy tissue is not routinely recommended but it could be performed for explanatory purposes. (page 34-39).*

Todos estos aportes tienen que ser evaluados por las especialidades correspondientes, dado que exceden el terreno de la hematología, hemostasia y trombosis. Seguimos sugiriendo un manejo multidisciplinario y un informe adecuado y que no se culpe a la trombofilia de todo lo que no es.

## **NUESTRA OPINIÓN SOBRE EL PROYECTO UNIFICADO:**

**ARTÍCULO 1°: Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el acceso a los estudios para la detección precoz de la trombofilia, así como a su tratamiento oportuno, control y seguimiento en mujeres que lo requieran, de acuerdo con indicación médica según los factores de riesgo que presente.**

Esto le crea “obligación” al médico de solicitar estudios cuando la paciente lo considere necesario, es el paciente quien determinara cuan “precoz” estudiarse la trombofilia que desea. No aclara qué trombofilia quieren estudiar, esto también quedará a criterio del paciente que exigirá que se le “garantice el acceso” a los todos estudios que considere, tampoco aclara en caso de tratar cuál es la evidencia disponible sobre dicho tratamiento, incurriendo de esta manera la futilidad terapéutica.

Asignan igual importancia al síndrome antifosfolípido (SAF), que es la trombofilia adquirida y que está bien caracterizada, que a la trombofilia hereditaria. Esta actitud no es casual sino claramente intencional dejando toda información en terrenos grises para quien desconoce el tema, creando aún más angustia a quien es portador de esta condición. No está recomendado el estudio de trombofilia hereditaria en las complicaciones gestacionales en forma rutinaria, lo siguen desaconsejando en las recientes publicaciones (ver al inicio ACOG 2018, ESHRE 2017)<sup>(8,11)</sup>.

**ARTÍCULO 2°: Declaración de Interés Nacional. Se declara de Interés Nacional la protección integral psicofísica de las personas con Trombofilia. La trombofilia es un factor de riesgo que puede ser hereditario o adquirido, es un desorden de la coagulación.**

El artículo es poco claro y lo único que puede deducirse del mismo es el interés de que la palabra TROMBOFILIA siga figurando e impacte en la po-

blación, que, ante una Ley que la declara de Interés Nacional, querrá estudiarse masivamente creyendo que el resultado le cambiara su pronóstico de vida y la protegerá psicofísicamente. Sin embargo, el artículo nuevamente no justifica por qué hay necesidad de proteger psicofísicamente a las personas portadoras de una mutación. En los estudios epidemiológicos de nuestro país el 5 % es portador asintomático de factor V Leiden<sup>(19)</sup>: evidentemente lejos de proteger se daña al sujeto al que se le hace un “diagnóstico” innecesario. Miles de embarazadas son portadoras de FV Leiden, no han abortado y lograron embarazos de término sin heparina. El apoyo psicofísico en la abortadora recurrente se hace a través de un equipo multidisciplinario en el contexto de una clínica/unidad de aborto recurrente (ver antes Guías ESHRE).

Este tema fue hablado directamente con representantes de Comisión de Salud de Senado y Diputados con presencia de sus asesores y representantes en el Seno del Ministerio de Salud de Nación el martes 21 de febrero de 2017. A pedido del MSAL Nación, se entregó un informe sobre las conclusiones de dicha reunión, elaborado por autoridades del Grupo CAHT y de la Sociedad Argentina de Hematología. No tenemos constancia de que se haya avanzado en elaborar un documento donde se informe a la población cual es la verdadera causa de los abortos recurrentes o sobre la creación y/o información de existencia de unidades de contención psicofísica de abortadoras recurrentes a las que se pueda acudir. No se protege psicofísicamente haciendo estudios hereditarios de trombofilia a la población sana asintomática que probablemente nunca tendrá una complicación gestacional “causada” por ésta.

**ARTÍCULO 3°: Creación del Programa. Créase el “Programa de Formación, investigación y promoción de la Trombofilia”, el cual tendrá como objetivos promover la investigación sobre el tema en las diferentes Universidades públicas del país; fomentar la capacitación a los equipos de salud en trombofilia; realizar campañas de difusión sobre la prevención y detección precoz del trastorno, y garantizar el acceso al diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado en todas las jurisdicciones del país.**

De nuevo “prevenir y detectar precozmente”: no se puede prevenir un factor de riesgo autoinmune y es

muy grave hablar, en este caso, de **detección precoz**, por los motivos que ya aclaramos más arriba. Será el paciente quien determine cuando estudiarse, así por ejemplo una madre llevará a su hija de 7 años y querrá que se la estudie, dado que considerará que “cuanto antes mejor”. Pareciera que el único interés es estigmatizar a la población. Quien ha padecido una complicación obstétrica requiere ser manejado por un equipo obstétrico de alto riesgo completándose en forma integral el estudio y recomendaciones para su nuevo embarazo. Dentro de estos estudios ya está incluida la trombofilia cuando corresponda y una vez descartadas otras causas. Sabemos que la causa genética de aborto es mucho más frecuente que el síndrome antifosfolípido. Por eso sostenemos que es incorrecta la creación de una ley que se llame “de trombofilia”. La entrada al estudio de las complicaciones gestacionales y los abortos por la trombofilia es fragmentar al paciente. La mujer con dichas complicaciones debe ser evaluada por un equipo multidisciplinario.

Hay un desconocimiento preocupante sobre lo que los médicos, bioquímicos y biólogos realizan hace más de 30 años en nuestro país sobre el estudio y enseñanza de este tema.

Este tema es constantemente discutido en eventos científicos de nuestras Sociedades. En el Congreso Argentino de Hematología (Mar del Plata, noviembre 2017) hubo una mesa sobre “Las verdaderas causas de los abortos recurrentes”<sup>(14)</sup>. En nuestro reciente congreso de Hemostasia y Trombosis (CABA, septiembre 2018) hubo un Simposio en conjunto con Obstetricia y Medicina Reproductiva que trató este tema; a su vez se realizó un taller de laboratorio para formar profesionales de todo el país y de Latinoamérica sobre las determinaciones de laboratorio para caracterizar los anticuerpos antifosfolípidos.

**ARTÍCULO 5: Cobertura. El sector público de salud, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médico-asistenciales a sus afiliadas independientemente de la figura jurídica que posean, incorporarán como prestaciones obli-**

**gatorias y a brindar a sus afiliadas, la cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje de la trombofilia, los estudios y análisis hematológicos, así como todos los procedimientos de evaluación y diagnóstico necesarios, medicamentos, tratamientos y terapias de apoyo, que serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (P.M.O), en el nomenclador nacional de prestaciones médicas y en el nomenclador farmacológico.**

Coincidimos en que los estudios que correspondan, por ejemplo, para pacientes con enfermedad tromboembólica, estén incluidos dentro del PMO. Los estudios que, en caso de estar indicados, forman parte de los estudios a solicitar son: proteína C y S, antitrombina, factor V Leiden, mutación de protrombina; anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina y anti-β2 glicoproteína I Ig G e IgM. Entendemos que no es necesaria una ley para ejercer este artículo 5. Seguimos carentes de un fundamento que justifique una ley más allá de dejar impregnada en la población el término TROMBOFILIA y todo lo que detrás del mismo viene...

**ARTÍCULO 7º: Consentimiento Informado. El profesional interviniente deberá suministrar información clara, precisa y adecuada con respecto al tratamiento, estado de salud, riesgos, beneficios y objetivos en los términos de la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente. en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.**

Solicitamos a los legisladores que expliciten qué modelo de consentimiento informado debe efectuar un profesional médico para solicitar estudios hereditarios **en gente sana y asintomática**, frente al alerta que crea en la misma una Ley y las consecuencias perjudiciales que podrían venir *a posteriori* (psicológicas, familiares, rechazo para obtener seguros de vida, seguros de retiro y afiliación a sistemas de salud por considerarlo como enfermedad preexistente). Por otra parte, el consentimiento debería explicitar el carácter empírico del tratamiento en caso de las trombofilias hereditarias, dado cualquier efecto adverso que resulte de este tratamiento.

**ARTÍCULO 8º: Establecer que la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud adecuen sus respectivos anuarios bajo nomenclatura CIE-10 y posterior CIE-11, e incluyan los códigos correspondientes para el diagnóstico de**

### **los distintos tipos de trombofilia a los efectos de mejorar el registro y conocer su incidencia y prevalencia en todo el territorio nacional.**

Los estudios de trombofilia se efectúan hace más de 10 años en hospitales públicos. Los datos de mortalidad materna están registrados. Justificar una ley de trombofilia para incorporar datos estadísticos es entrar por la puerta de atrás con el riesgo de obtener datos falsos sobre la verdadera causa de mortalidad materna. No es necesario explicitarlo por una ley, dentro de los estudios a efectuar en mujeres con complicaciones obstétricas están incluidas las trombofilias.

### **COMENTARIOS FINALES Y CONCLUSIÓN**

Hemos estado trabajando intensamente durante estos últimos cuatro años sobre este tema, que está relacionado con un pedido de un sector de la población a través del poder legislativo, de una ley para el estudio precoz de la trombofilia. Nuestros aportes desde la hematología, hemostasia y trombosis han sido claros y al alcance de todos, tanto médico como legislador y paciente.

Se distribuyeron folletos explicativos y contamos con información permanente en nuestra página web ([www.grupochat.com](http://www.grupochat.com)) y la de la Sociedad Argentina de Hematología (SAH) ([www.sah.org.ar](http://www.sah.org.ar)). A pesar de todo lo mencionado, no se ha realizado a la fecha un enfoque práctico para dar respuesta y proteger a las mujeres que sufren abortos y complicaciones gestacionales severas. No se ha informado a toda la población cuáles son las reales causas de aborto recurrente y su pronóstico, motivo por el cual se ha sobredimensionado la importancia de tener un marcador de trombofilia atribuyéndole al mismo la causalidad de su aborto. Al contrario, se entra “por la puerta de atrás” se intenta sacar una ley con la causa más infrecuente de abortos.

Existe un claro conflicto de interpretación de este tema. Para los legisladores la verdad está en sancionar la ley, sin profundizar en los verdaderos problemas de estas mujeres quienes tendrán un estudio de laboratorio, pero no accederán al manejo integral de su patología. Se retrasará el estudio de las verdaderas causas de estas complicaciones.

Nuestra especialidad sigue a disposición de todos quienes quieran recibir la información adecuada, para evitar la futilidad diagnóstica y terapéutica. Sin embargo, somos conscientes que, en la medida

en que las energías de los legisladores se dirijan exclusivamente a este punto (“trombofilia”) y no hacia un enfoque integral de la mujer en esta angustiosa situación y pidan que se mejoren los recursos y se invierta en mejorar y aumentar las unidades de obstetricia de alto riesgo y a su vez creen unidades para el manejo y contención de la abortadora recurrente, la posible sanción de una Ley de Trombofilia sólo habrá sido un toque estético, sin haber profundizado en el verdadero problema que enfrentan las mujeres con estas complicaciones.

### **Declaración de conflictos de interés:**

Los autores declaran no poseer conflictos de interés

### **Bibliografía**

1. Grupo Cooperativo Argentino de Hemostasia y Trombosis: Ley de trombofilia. *Hematología*. 2016; 20:53-69.
2. Grand B, Forastiero R, Penschasky D, Fondevila C, Gallo M, Gumpel C, Elhelou L, Molnar S, Rossi A. Nuevo Proyecto de Ley de Trombofilia 2017. *Hematología*. 2017; 21:342-344.
3. Declaración de la Academia Nacional de Medicina acerca del nuevo Proyecto de Ley de Trombofilia en trámite parlamentario. *Hematología*. 2017; 21:342-344.
4. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*. 2014;2(6): e323-e333.
6. The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving mother's lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer-2003-2005: the seventh report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London: CEMACH, 2007.
7. Grobman W, Bailit J, Rice MM et al. Frequency of and factors associated with severe maternal morbidity. *Obstet & Gynecol*. 2014; 123:804-810.
8. Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE Early Pregnancy Guideline Development Group. 2017.

9. Stevens S, Bauer K, Douketis J et al. J Thromb Thrombolysis. 2016; 41:154-164.
10. Bates S M, Greer I, Middeldorp S et al. Venous thromboembolism, thrombophilia, antithrombotic therapy and pregnancy. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. 9<sup>th</sup> Edition. Chest. 2012;141: e691S-736S.
11. Bates S M, Middeldorp S, Rodger M, James A, Greer I. Guidance for the treatment and prevention of obstetric-associated venous thromboembolism. J Thromb Thrombolysis. 2016; 41:92-128.
12. ACOG Practice Bulletin. Inherited Thrombophilia in Pregnancy. Number 197. Obstetrics & Gynecology. 2018;132: e18-e34.
13. ACMG Practice Guideline: Lack of evidence for MTHFR polymorphism testing. Genet Med. 2013;15(2):153-6.
14. Guías SAMeR 2017 - Hacia una Medicina basada en la evidencia científica - Editorial Ascune, 2017.
15. Lancuba S y col. Las verdaderas causas del aborto recurrente: ¿existe un lugar para la hematología? Hematología. 2017; 21: N Extraordinario XXIII Congreso Argentino de Hematología 176-187.
16. Sugiura-Ogasawara M, Ozaki Y, Katano K y col. Abnormal embryonic karyotype is the most frequent cause of recurrent miscarriage. Hum Reprod. 2012; 27(8):2297-303.
17. Popescu F, Jaslow CR, Kutteh WH. Recurrent pregnancy loss evaluation combined with 24-chromosome microarray of miscarriage tissue provides a probable or definite cause of pregnancy loss in over 90% of patients. Hum Reprod. 2018 Apr 1;33(4):579-587.
18. Kutteh W. Novel strategies for the management of recurrent pregnancy loss. Semin Reprod Med. 2015; 33:161-168.
19. Genoud V, Castañon M, Annichino-Bizzacchi J, Korin J, Kordich L. Prevalence of three prothrombotic polymorphisms. Factor V G1691A, factor II G20210A and methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) C 677T in Argentina. On behalf of the Grupo Cooperativo Argentino de Hemostasia y Trombosis. Thromb Res. 2000 Nov 1;100(3):127-31.