

## PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO NA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO

1ª Edição: fevereiro/2013

Data prevista para a próxima revisão: fevereiro/2015

---

### OBJETIVO E ESCOPO

Esta diretriz tem como objetivo fornecer recomendações para toda a equipe do Hospital Sofia Feldman envolvida na assistência obstétrica para a profilaxia do tromboembolismo venoso. Inclui uma revisão dos fatores de risco para tromboembolismo e quais mulheres devem receber a profilaxia, assim como os métodos mais apropriados para a sua prevenção baseado nas evidências mais recentes e relevantes.

### METODOLOGIA PARA DESENVOLVIMENTO DA DIRETRIZ

Esta diretriz foi elaborada tendo como base as seguintes diretrizes:

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and puerperium*. Green-top Guideline No. 37. London: RCOG, 2009

[<http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GT37ReducingRiskThrombo.pdf>]

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence. *Venous thromboembolism: reducing the risk*. NICE clinical guideline 92. London: NICE, 2010.

[<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12695/47197/47197.pdf>]

### RACIONALIDADE

Nos países desenvolvidos, a embolia pulmonar figura entre as principais causas de morte materna. No Brasil, embora não aparecendo entre as causas principais, a sua ocorrência deve merecer a devida atenção já que muitos casos de embolia pulmonar são preveníveis com uma tromboprofilaxia adequada.

### RECOMENDAÇÕES

#### *Recomendações para profilaxia durante a gravidez*

- Toda mulher deve ser submetida a uma avaliação de risco para tromboembolismo venoso (TEV) no início da gravidez ou antes (ver tabela 1 e figura 1). Essa avaliação deve ser repetida se a mulher for internada no hospital por qualquer motivo ou a qualquer momento durante a gravidez, se apresentar intercorrências.
- Mulheres de alto risco para TEV na gravidez devem receber aconselhamento pré-gestacional e um plano de conduta prospectivo para trombopprofilaxia durante a gestação. Aquelas que engravidaram sem receber esse aconselhamento devem ser referidas a um médico obstetra com experiência em gestações de alto risco.
- Mulheres com uma história prévia de TVE não relacionada ao uso de estrógenos, provocado por um fator de risco menor, devem ser submetidas a uma pesquisa para trombofilia já que isto pode influenciar a conduta e as decisões em relação à trombopprofilaxia antes do parto.
- A profilaxia durante a gravidez deve começar o mais cedo possível .
- As heparinas de baixo peso molecular (HBPM) devem ser os agentes de escolha para a trombopprofilaxia durante a gravidez. Estas são tão efetivas quanto a heparina não fracionada mas mais seguras.
- Qualquer mulher com três ou mais fatores de risco atuais ou persistentes listados na tabela 1 deve receber HBPM durante a gravidez.
- Mulheres com TEV prévio recorrente ( $> 1$ ) ou um episódio prévio espontâneo ou relacionado ao uso de estrógeno ou à gravidez ou história de TEV em um parente de primeiro grau (ou trombofilia documentada) ou outros fatores de risco devem receber trombopprofilaxia com HBPM durante a gravidez.
- Mulheres com um único episódio prévio provocado de TEV (excluindo relacionado ao uso de estrógeno) e nenhum outro fator de risco requer uma vigilância mais de perto. A HBPM não é recomendada de rotina.
- As mulheres com trombofilia assintomática, hereditária ou adquirida, devem receber uma vigilância mais estreita durante a gravidez. Exceções são aquelas com deficiência de antitrombina, aquelas com mais de um defeito trombofílico (incluindo homozigozidade para o fator V de Leiden) ou aquelas com fatores de risco adicionais, nas quais uma consulta com um especialista pode ser necessária e a profilaxia considerada.
- As mulheres que estiverem em uso de HBPM devem ser orientadas para a suspensão da dose seguinte da medicação se apresentarem qualquer sangramento vaginal ou entrarem em trabalho de parto. Elas devem ser

reavaliadas na internação no Hospital e doses adicionais podem ser prescritas de acordo com o julgamento da equipe médica.

**Tabela 1 – Fatores de Risco para Trombembolismo na Gravidez**

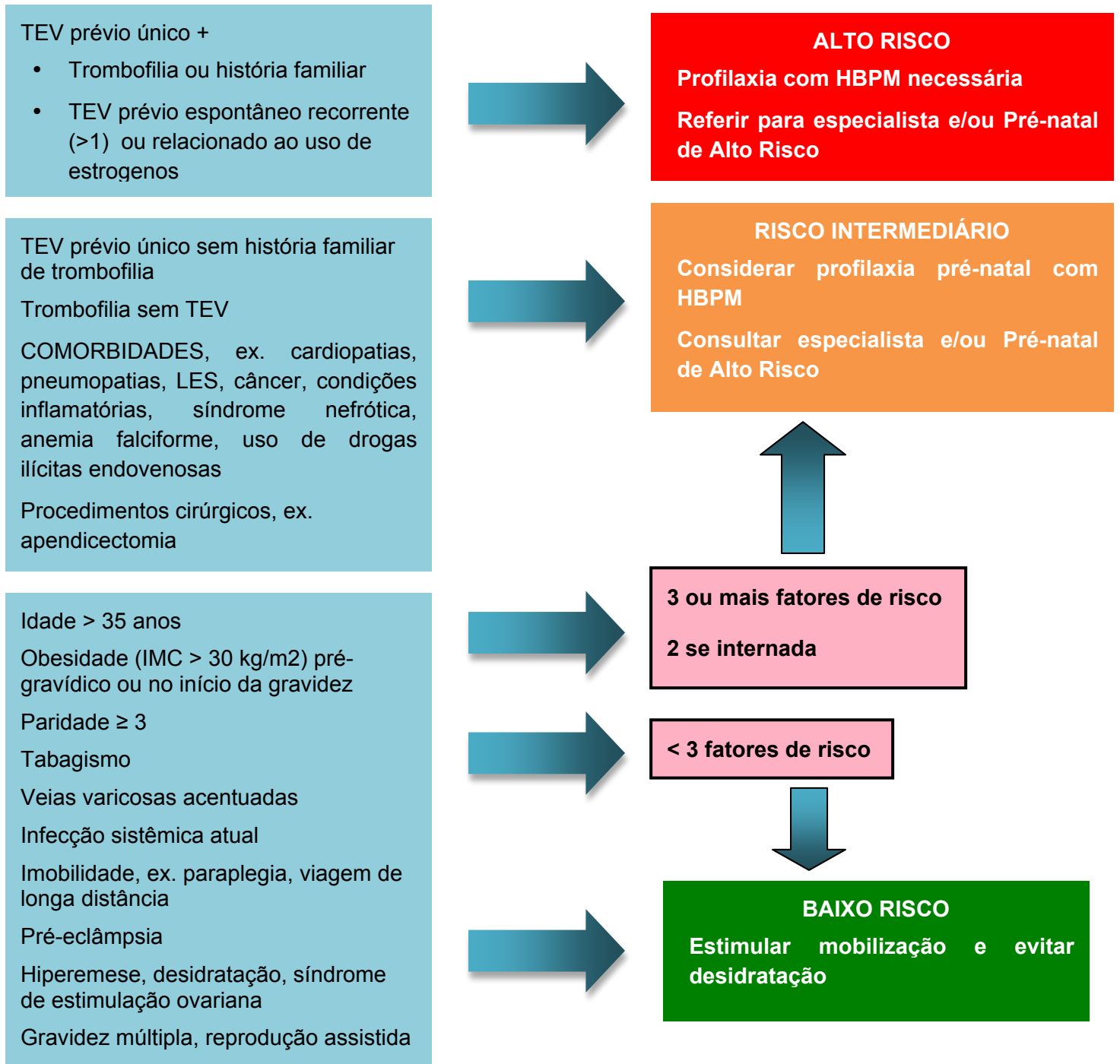
<p>Pré-existentes</p>	<p>Tromboembolismo prévio</p> <p>Trombofilias:</p> <p><i>Hereditárias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiência de Antitrombina</li> <li>Deficiência de Proteína</li> <li>Deficiência de Proteína S</li> <li>Fator V de Leiden</li> <li>Gene da Protrombina G20210A</li> </ul> <p><i>Adquirida (síndrome antifosfolípide):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anticoagulante lúpico persistente</li> <li>Títulos moderados/altos persistentes de anticorpos anticardiolipina ou anticorpos glicoproteína 1 <math>\beta</math>2</li> </ul> <p>Comorbidades (doença cardiovascular ou pulmonar, LES, câncer, condições inflamatórias (doença intestinal inflamatória, poliartropatia inflamatória), síndrome nefrótica, (proteinúria &gt; 3 g/dia), anemia falciforme, uso de drogas endovenosas ilícitas</p> <p>Idade &gt; 35 anos</p> <p>Obesidade (IMC &gt; 30 kg/m<sup>2</sup>) pré-gravídico ou no início da gravidez</p> <p>Paridade <math>\geq</math> 3</p> <p>Tabagismo</p> <p>Veias varicosas acentuadas (simtomáticas ou acima do joelho ou associada a flebite ou edema/mudanças na pele)</p> <p>Paraplegia</p>
<p>Obstétricos</p>	<p>Gravidez múltipla, terapia de reprodução assistida</p> <p>Pré-eclâmpsia</p> <p>Cesariana</p> <p>Trabalho de parto prolongado, fórceps médio rotacional</p> <p>Hemorragia pós-parto (&gt; 1 litro) que requer transfusão</p>
<p>Transitórios</p> <p>Potencialmente reversíveis</p>	<p>Cirurgia durante a gravidez ou no puerpério (curetagem uterina, apendicectomia, etc.)</p> <p>Hiperemese, desidratação</p> <p>Síndrome de estimulação ovariana</p> <p>Internação ou imobilidade (<math>\geq</math> 3 dias de repouso na cama)</p> <p>Infecção sistêmica (ex. pneumonia, pielonefrite, infecção de ferida operatória) que necessita de antibióticos</p> <p>Viagem de longa distância (&gt; 4 horas)</p>

##### ***Recomendações para profilaxia após o parto***

- Todas as mulheres devem ser avaliadas após o parto para os fatores de risco listados na Tabela 1 e Figura 2.
- Todas as mulheres devem ser encorajadas a se mobilizarem durante o trabalho de parto e após o parto. A desidratação deve ser evitada
- Para as mulheres com dois ou mais fatores de risco persistentes listados na Tabela 1 o uso de HBPM deve ser considerado por 7 dias após o parto.
- Mulheres com três ou mais fatores de risco persistentes listados na tabela 1 devem fazer uso de meias compressivas além da HBPM.
- Todas as mulheres com obesidade mórbida ( $IMC > 40 \text{ Kg/m}^2$ ) devem receber HBPM por 7 dias após o parto.
- Todas as mulheres que foram submetidas a uma cesariana de emergência (não eletiva) devem receber HBPM por 7 dias após o parto.
- Todas as mulheres que foram submetidas a uma cesariana eletiva que tiverem um ou mais fatores de risco adicionais devem ser consideradas para trombopprofilaxia com HBPM por 7 dias após o parto.
- Todas as mulheres portadoras de trombofilia hereditária ou adquirida, assintomáticas, devem ser consideradas para trombopprofilaxia com HBPM por 7 dias após o parto, mesmo se elas não estavam em uso de trombopprofilaxia antes do parto. A profilaxia deve ser estendida por 6 semanas se houver história familiar ou outros fatores de risco presentes.
- Mulheres com TEV antes da gravidez atual devem receber HBPM por 6 semanas após o parto.
- Mulheres que estavam em uso de HBPM antes do parto devem continuar recebendo doses profiláticas de HBPM até 6 semanas após o mesmo mas, uma avaliação de risco deve ser feita. Se elas estavam em uso de anticoagulação de longo prazo com warfarin, o mesmo pode ser iniciado quando o risco de hemorragia for baixo (5-7 dias após o parto).
- Tanto warfarin quanto HBPM são seguros na amamentação.
- As mulheres devem ser continuamente avaliadas para fatores de risco para TEV se apresentarem intercorrências ou necessitarem de cirurgia ou reinternação no puerpério.
- Em mulheres com fatores de risco adicionais persistentes (mais de 7 dias após o parto) tais como admissão prolongada ou infecção de feridas operatórias, a trombopprofilaxia deve ser estendida por 6 semanas ou até os fatores de risco não estiverem mais presentes.

Figura 1 – Tromboprofilaxia na Gravidez

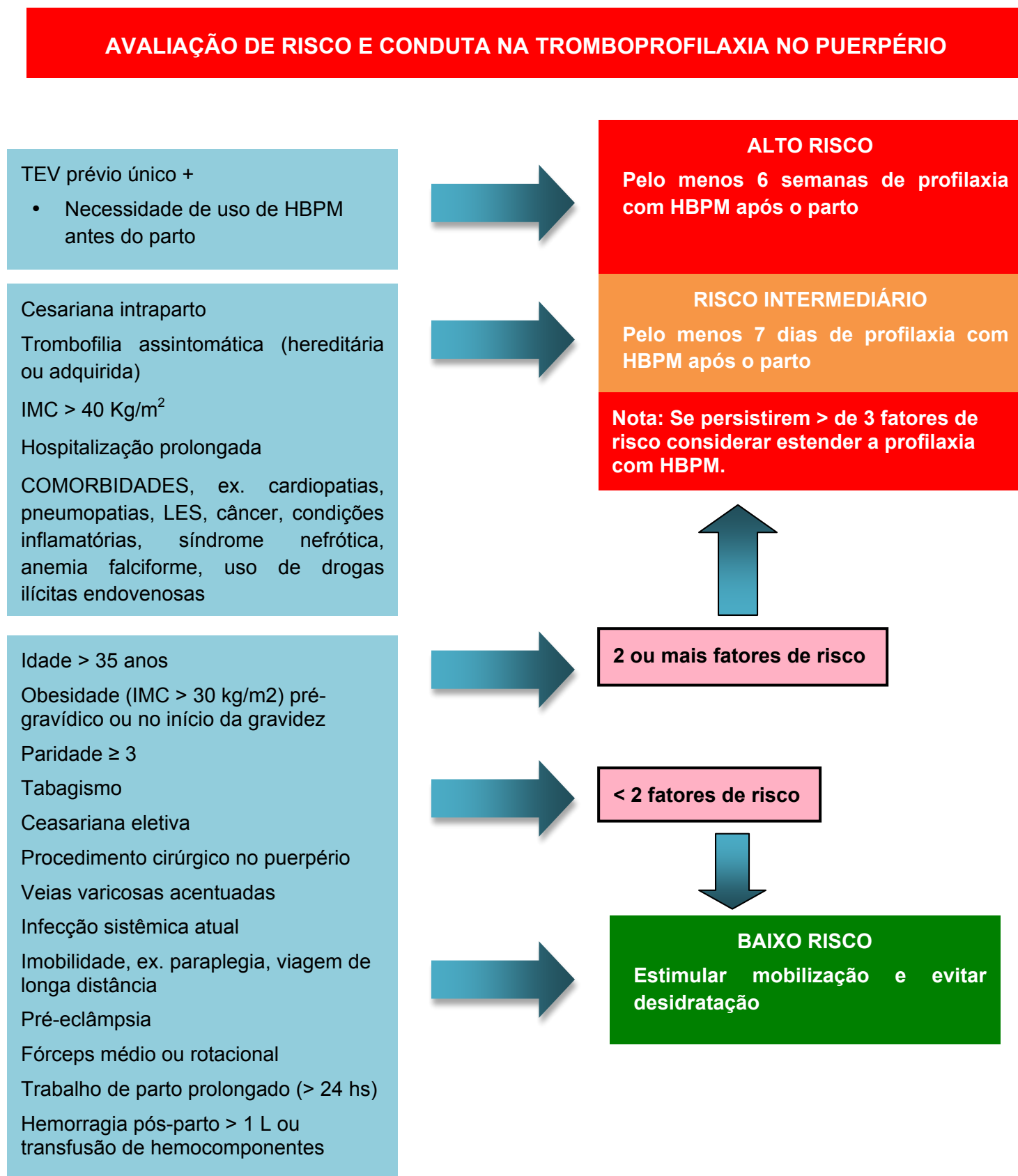
**AVALIAÇÃO DE RISCO E CONDUTA NA TROMBOPROFILAXIA NA GRAVIDEZ**



**Doses profiláticas de HBPM**

- Peso < 50 kg = 20 mg enoxaparina/dia
- Peso 50–90 kg = 40 mg enoxaparina/dia
- Peso 91–130 kg = 60 mg enoxaparina/dia
- Peso 131–170 kg = 80 mg enoxaparina/dia
- Peso > 170 kg = enoxaparina 0.6 mg/kg/dia

Figura 1 – Tromboprofilaxia no Puerpério



***Recomendações para profilaxia em pacientes cirúrgicas***

- Avaliar todas as pacientes para risco aumentado de TEV na admissão
- São consideradas pacientes com risco aumentado para TEV:
  - Procedimento com tempo cirúrgico e anestésico total maior que 90 minutos ou 60 minutos se a cirurgia envolver a pelve e/ou membros inferiores
  - Admissão aguda com patologia intra-abdominal ou inflamatória
  - Espera-se ter redução significativa da mobilidade
  - Tenha um ou mais dos fatores de risco enumerados na caixa 1

**Caixa 1 – Fatores de risco para TEV em pacientes clínicas e cirúrgicas**

- Câncer ativo ou tratamento de câncer
- Idade > 60 anos
- Admissão para terapia intensiva
- Desidratação
- Portadora de trombofilias
- Obesidade (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>)
- Uma ou mais comorbidades (ex. cardiopatia; patologias endócrinas, metabólicas ou respiratórias; doenças infecciosas agudas; condições inflamatórias)
- História pessoal ou em parente de primeiro grau de TEV
- Uso de terapia de reposição hormonal
- Uso de contraceptivos à base de estrógeno
- Veias varicosas com flebite