

ESTA PALESTRA NÃO PODERÁ  
SER REPRODUZIDA SEM A  
REFERÊNCIA DO AUTOR



# TROMBOFILIA NA GESTAÇÃO: COMO CONDUZIR?

SHIRLEY KELLY BEDÊ BRUNO  
OBSTETRA-HGF-HDZAM-2018

# OBJETIVOS

- Rever recomendações de manejo das trombofilias na gravidez e no puerpério
- Discutir algumas condições clínicas frequentes, cujo manejo pode não estar tão bem definido.



# CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Reino Unido: > 30% das mortes relacionadas a gravidez são por TEV
- **50% das TEV na gravidez têm associação com trombofilia.**
- **Trombofilia aumenta risco de TEV (com ou sem gravidez)**

AMERICAN COLLEGE OF



**CHEST**

P H Y S I C I A N S\*

*The Global Leader in Clinical Chest Medicine*



Royal College of  
Obstetricians and Gynaecologists

Bringing to life the best in women's health care

# CLASSIFICAÇÃO

- ADQUIRIDAS
- HEREDITÁRIAS
- ALTO RISCO
- BAIXO RISCO
- NÃO TROMBOFILIA

# TROMBOFILIAS HEREDITÁRIAS

?? ?

- Parecem aumentar risco de TEV materno
- Hipótese de que aumenta risco de TEV na interface útero-placentar → complicações relacionadas a placenta (perda fetal, pré-eclâmpsia, RCF e natimorto).
- Maiores determinantes de TEV nas grávidas com esse grupo, são: história pessoal de TEV ou parente de 1 grau com TEV



# TROMBOFILIA DE ALTO RISCO

## ADQUIRIDAS

- SAAF

## HEREDITÁRIAS

- DEFICIÊNCIA DE ANTI-TROMBINA
- MUTAÇÃO HOMOZIGÓTICA DE LEIDEN (FVL)
- MUTAÇÃO HOMOZIGÓTICA DO FATOR II
- COEXISTÊNCIA DE HETEROZIGOZE DE FVL + MUT. FATOR II

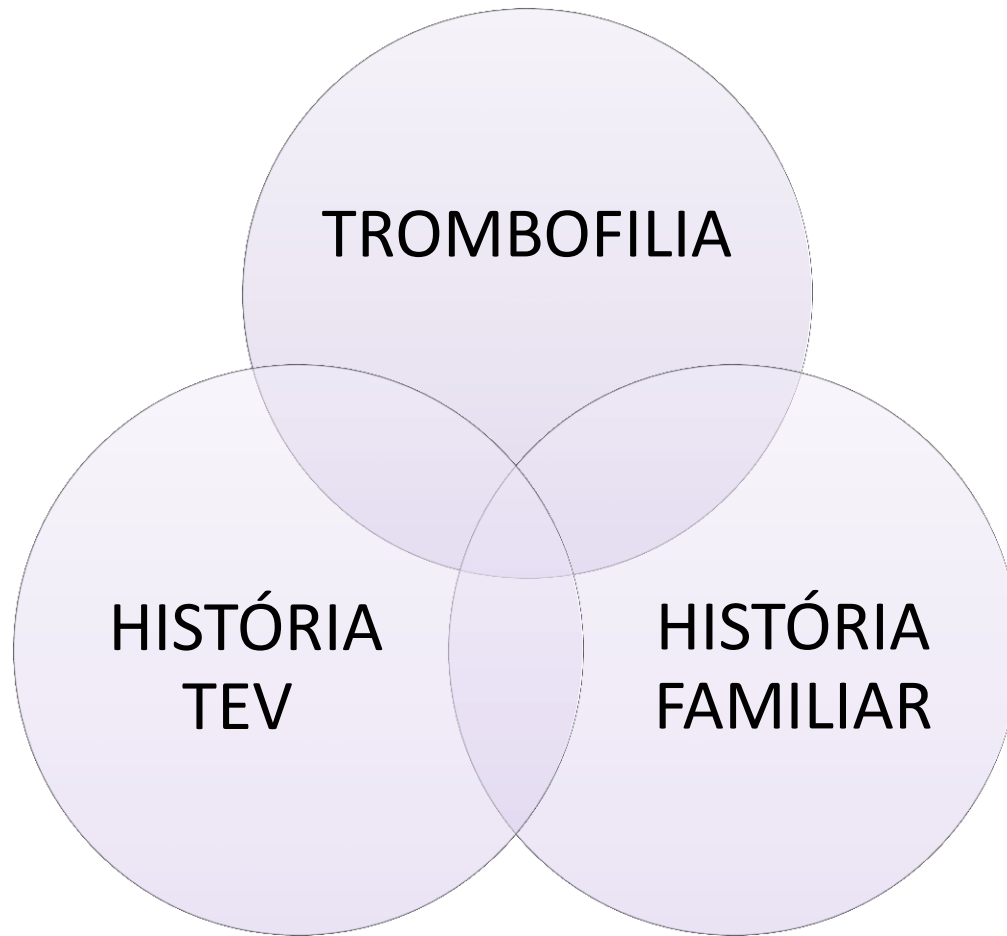
# TROMBOFILIA DE BAIXO RISCO

- FATOR V DE LEIDEN EM HETEROZIGOZE
- MUTAÇÃO DO FATOR II EM HETEROZIGOZE
- DEFICIÊNCIA DE PTN C
- DEFICIÊNCIA DE PTN S

COMO CONDUZIR???



# ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO TEV



# TROMBOPROFILAXIA - CHEST

FATORES DE RISCO MAIORES (1)	FATORES DE RISCO MENORES (2)
Restrição ao leito > 1 semana	IMC >30kg/m <sup>2</sup>
Hemorragia puerperal (> 1 litro)	Gravidez múltipla
TEV prévio	Cesárea de emergência
Pré-eclâmpsia com RCF	Tabagismo
Trombofilia ( AT, FVL, F II)	RCF
Co-morbidades ( LES, anemia falciforme,...)	Pré-eclâmpsia
Transfusão	Trombofilia (def. Ptn S, Ptn C)
Infecção puerperal	

# RECOMENDAÇÕES CHEST

- Profilaxia farmacológica: **HPBM**
- **Trombofilias de alto risco** + história familiar  
HBPM profilática (G e P)
- **Demais trombofilias sem TEV**  
Vigilância (G) e Profilaxia (P)
- **Mulheres com SAAF e HPP**  
HBPM profilática + AAS (G e P)

Frisa que existem poucos estudos bem desenhados envolvendo grávidas e trombofilia

# ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS- RCOG



PONTUAÇÃO	ANTICOAGULAÇÃO
> 4 anteparto	Tromboprofilaxia desde 1 trim
3 anteparto	Tromboprofilaxia a partir 28 s
2 ou mais - pós parto	Considerar tromboprofilaxia por 10 dias
Se internar anteparto	Tromboprofilaxia
Se internar >3 dias pós-parto	Tromboprofilaxia

# ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS- RCOG



- BASEADO EM ESCORES DE RISCO

## 4 PONTOS

TEV prévio ( exceto se por cirurgia prévia)

Síndrome do hiperestímulo ovariano ( 1 trimestre)

## 3 PONTOS

TEV associado a grande cirurgia

Trombofilia de alto risco

Cirurgia na gravidez e puerpério imediato

Hiperemese

Comorbidades ex.: LES, síndrome nefrótica, DM tipo I com nefropatia....



# ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS- RCOG



## 2 PONTOS

Cesária em trabalho de parto

Obesidade ( IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>)

## 1 PONTO

História familiar TEV ( 1 grau)

FIV

Trombofilia de baixo risco ( sem TEV)

Gestação múltipla

Idade > 35a

Cesária eletiva

Obesidade ( IMC >30 kg/m<sup>2</sup>)

Parto pré-termo

Paridade >3

Trabalho de parto prolongado

Tabagismo

Hemorragia puerperal (> 1litro)

Pré-eclâmpsia na gestação atual

Transfusão

Veias varicosas

Natimorto na gestação atual

*Consensus Statement*

# **National Partnership for Maternal Safety**

## *Consensus Bundle on Venous Thromboembolism*

*Mary E. D'Alton, MD, Alexander M. Friedman, MD, Richard M. Smiley, MD, PhD,  
Douglas M. Montgomery, MD, Michael J. Paidas, MD, Robyn D'Oria, MA, RNC, APN,  
Jennifer L. Frost, MD, MPH, Afshan B. Hameed, MD, Deborah Karsnitz, CNM, DNP,  
Barbara S. Levy, MD, and Steven L. Clark, MD*

Busca de como reduzir morbi-mortalidade por TEV

CONCLUSÃO:

**TROMBOPROFILAXIA É A MEDIDA MAIS RÁPIDA NA REDUÇÃO DE MORTALIDADE MATERNA POR TEV**

*(Obstet Gynecol 2016;0:1–11)*

DOI: 10.1097/AOG.0000000000001579



# National Partnership for Maternal Safety

## CONSENSO-EUA

HISTÓRIA CLÍNICA	ANTICOAGULAÇÃO
Múltiplos TEVs prévios	
TEV prévio + trombofilia de alto risco	HBPM ou HNF dose plena (G/P)
TEV prévio + trombofilia adquirida	
TEV prévio idiopático	
TEV prévio + ACO	
TEV prévio + trombofilia de baixo risco	HBPM ou HNF profilática (G/P)
História Familiar de TEV + trombofilia de alto risco	
Trombofilia de alto risco sem TEV prévio (?)	
Trombofilia de baixo risco	
TEV prévio provocado	Sem TTO farmacológico
Trombofilia de baixo risco e H. familiar de TEV	

# HEPARINA DE BAIXO PESO MOLECULAR

PESO	ENOXAPARINA	DALTEPARINA
< 50 kg	20mg/dia	2500un/dia
50-90 kg	40mg/dia	5000un/dia
91-130 kg	60mg/dia	7500un/dia
131-170 kg	80mg/dia	10000un/dia
>170 kg	0,6mg/kg/dia	75un/kg/dia
DOSE INTERMEDIÁRIA 50-90kg	40mg , 2 x ao dia	5000u 2 x dia
DOSE PLENA	1 mg/kg, 2 x dia	100u/kg, 2 x dia

# HEPARINA NÃO FRACIONADA

<b>PROFILÁTICA</b>	
1 TRIMESTRE	5000 UN 12/12H
2 TRIMESTRE	7500 UN 12/12H
3 TRIMESTRE	10000 UN 12/12 H
<b>TERAPEUTICA</b>	
10000 UN 12/12 H	

▪ **Indicações, tipo e duração da profilaxia (assinalar):**

- Será obrigatório trazer **cópia do laudo de exame realizado ou relatório médico que comprove a real ocorrência de TEV ou confirme presença de trombofilia**, para anexar no processo de cadastro na farmácia e dispensação da medicação.
- Anticoagulação plena<sup>1</sup>:
  - Múltiplos TEV prévios.
  - TEV prévio + trombofilia de alto risco<sup>2</sup>.
  - TEV prévio + SAF<sup>3</sup>.
- Anticoagulação profilática<sup>1</sup>:
  - TEV prévio idiopático.
  - TEV prévio associado ao uso de contraceptivo com estrógeno.
  - TEV prévio + trombofilia de baixo risco.
  - História familiar de TEV + trombofilia de alto risco.
  - Trombofilia de alto risco.
- Anticoagulação desnecessária (não será liberada medicação):
  - Trombofilia de baixo risco.
  - TEV prévio associado a: câncer, acidentes, cirurgias de grande porte ou imobilização).
  - História familiar de TEV + trombofilia de baixo risco.

**1. Dose e duração da profilaxia (assinalar):**

- **A profilaxia deverá ser iniciada tão logo se confirme o B-hCG (+), não devendo ser iniciada antes da gestação (mesmo em pacientes em uso de anticoagulantes orais), e deverá ser mantida por no mínimo 42 dias após o parto.**
- Em paciente com TEV durante a gestação, a profilaxia poderá ser estendida, a critério clínico por 3-6 meses, podendo ser trocada por anticoagulantes orais após 42 dias de puerpério.
- Em pacientes que faziam uso de anticoagulante oral (varfarina) antes da gestação, esta medicação pode ser reiniciada após 24 horas do parto, mantendo uso da HBPM até que o TAP-INR chegue ao valor entre 2-3x o controle.
- Anticoagulação plena:
  - Enoxaparina 2mg/Kg/dia (1mg/Kg, SC, a cada 12h).
- Anticoagulação profilática:
  - Enoxaparina 1mg/Kg/dia (1mg/kg, SC, 1 x dia).

**2. Classificação das trombofilias (assinalar):**

- Alto risco:
  - Fator V de Leiden (FVL) em homozigose.
  - Mutação do fator II em homozigose.
  - FVL + mutação do fator II, combinados, ambos em heterozigose.
  - Deficiência de antitrombina III.
  - Síndrome dos Anticorpos Antifosfolípidos (SAF)<sup>3</sup>.
- Baixo risco:
  - Fator V de Leiden em heterozigose.
  - Mutação do fator II em heterozigose.
  - Deficiência de proteína C.
  - Deficiência de proteína S.
  - Polimorfismo do Ativador do Plasminogênio tipo I (PAI-1) em homozigose ou heterozigose.

# VIA DE PARTO

- VIA DE PARTO **É** INDICAÇÃO OBSTÉTRICA
- HEPARINIZAÇÃO **NÃO** CONTRA-INDICA PARTO VAGINAL
- HEPARINIZAÇÃO **NÃO** CONTRA-INDICA INDUÇÃO
- TROMBOFILIA **NÃO** INDICA IDADE IDEAL PRA RESOLUÇÃO DE GRAVIDEZ

# TROMBOPROFILAXIA X BLOQUEIO ANESTÉSICO

National Partnership for Maternal Safety

## CONSENSO-EUA

<b>Anteparto ou Intraparto</b>	<b>Bloqueio Anestésico</b>
HNF profilática	Sem restrição para bloqueio
HNF terapêutica	Aguardar 6 h para bloqueio
<b>HBPM profilática</b>	<b>12 h para bloqueio</b>
<b>HBPM terapêutica</b>	<b>24 horas para bloqueio</b>
<b>Pós-parto</b>	<b>Reintrodução da heparina</b>
HNF profilática	Sem restrição
HNF terapêutica	Aguardar 1 h após retirada do cateter ou da agulha
HBPM profilática	Aguardar 4 h após retirada do cateter ou da agulha
HBPM terapêutica	Aguardar 24 h



# CONTRACEPÇÃO NO PUERPÉRIO???

<b>TEV PRÉVIO E TROMBOFILIAS</b>	<b>NÃO USAR ESTROGÊNIO (INDEPENDENTE DA VIA)</b>
<b>TEV ATUAL</b>	<b>NÃO USAR NADA HORMONAL</b>
<b>ANTECEDENTE PESSOAL de TVS SEM TROMBOFILIA</b>	<b>NÃO CONTRA-INDICA NADA</b>

# EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

- OBSTETRA
- HEMATOLOGISTA
- REUMATOLOGISTA
- VASCULAR

# SITUAÇÕES CLÍNICAS

- Abortamento recorrente sem SAAF
- Perda gestacional tardia por má placentação
- Pre-eclâmpsia grave de início precoce + RCF
- Provas de trombofilia negativas

- “Eu tenho um DESEJO...DESEJO que, um dia, todas as grávidas tenham acesso a uma assistência pré-natal adequada...”

- ...um desejo de que todas que precisem, tenham sua profilaxia garantida e que possam ser bem conduzidas”.



- Precisamos de estímulo à pesquisa,
- Precisamos de trabalhos bem desenhados e compatíveis com nossa população,
- Precisamos de “trabalho em equipe”.



*shirley.bruno@hotmail.com*