

## “SCORE” DE RISCO TROMBÓTICO NA GRAVIDEZ E PUERPÉRIO

Jorge Lima<sup>1</sup>, Augusta Borges<sup>2</sup>

### RESUMO

Sendo o tromboembolismo venoso (TEV) na gravidez a maior causa passível de prevenção de morbimortalidade materna, é compreensível que a trombopprofilaxia eficaz seja uma meta a atingir. É critério de qualidade de todos os serviços de saúde, a existência de protocolos de atuação de profilaxia do TEV, que devem estar sempre atualizados. Não existem muitos estudos randomizados sobre profilaxia do TEV na gravidez, sendo a maior parte das recomendações baseadas em estudos retrospectivos e na opinião de peritos. Apesar da inegável importância das recomendações para a boa prática médica, a avaliação de risco trombótico deve ser individualizada. Os autores apresentam um modelo de “score” de risco trombótico inserido num Boletim de Saúde da Grávida, que poderá ser adotado nos vários Serviços de Obstetrícia.

**Palavras-chave:** trombose, gravidez, morbimortalidade, prevenção

### INTRODUÇÃO

As adaptações da hemostase na gravidez, favorecem um ambiente protrombótico, desde o princípio da gravidez, mesmo na ausência de outros fatores de risco trombótico. O tromboembolismo venoso (TEV), que inclui a trombose venosa profunda e o embolismo pulmonar é um problema grave de saúde pública. Sendo o TEV uma das principais causas evitáveis de morte hospitalar, todas as mulheres devem ser submetidas a uma avaliação de risco trombótico no período pré-concepcional (quando possível), na gravidez (logo no primeiro trimestre e repetido sempre que necessário) e no puerpério (antes da alta). O objetivo deste trabalho foi rever, sistematizar e implementar estratégias de prevenção da trombose na gravidez, parto e puerpério, adaptadas à especificidade do local.

---

<sup>1</sup> Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Consulta de Patologia Tromboembólica e Autoimune, Hospital CUF Descobertas, Lisboa. E-mail: jorgeramoslima@sapo.pt

<sup>2</sup> Especialista em Medicina Interna, Maternidade Dr. Alfredo da Costa – CHLC, Lisboa. Consulta de Medicina em Obstetrícia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa. E-mail: augustaborges1@hotmail.com

## **MATERIAL E MÉTODOS**

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica de artigos de revisão, ensaios clínicos aleatorizados e controlados, meta-análises, recomendações e orientações clínicas nas bases de dados Cochrane Library, Medline/Pubmed e UpToDate, de 2009 a Junho de 2015, em inglês, utilizando as palavras-chave (termos MeSH database): “venous thromboembolism”, “risk assessment”, “prophylaxis”, “deep vein thrombosis” e “pulmonar embolism”. Os autores apresentam um score de risco trombótico integrado no Boletim de Saúde da Grávida, de fácil aplicação, que permita a implementação precoce de medidas de prevenção do TEV. Esta medida, dada a relevância clínica do TEV, vai permitir que os profissionais de saúde fiquem mais familiarizados com a estratificação do risco trombótico na mulher, conduzindo a um adequado aconselhamento e prevenção tromboembólica.

## **TROMBOEMBOLISMO VENOSO NA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO**

Os fatores de risco de TEV<sup>1</sup> na gravidez são: idade superior a 35 anos, obesidade, cesariana (especialmente de emergência), diagnóstico de trombofilia e história familiar ou pessoal sugestiva de trombofilia. Fatores de risco adicional incluem entre outros, varizes dos membros inferiores, imobilidade, paraplegia, desidratação, situações inflamatórias e infecciosas, tais como a doença inflamatória do intestino e a infeção do trato urinário, pré-eclâmpsia, quadros hemorrágicos graves como o descolamento prematuro de placenta normalmente inserida e problemas médicos concomitantes com alguma gravidade, como a síndrome nefrótica. A hiperemese gravídica, por condicionar desidratação e imobilidade representa também um risco significativo de TEV. As viagens de longa distância (duração superior 4 horas) constituem também um fator de risco importante.

## **AVALIAÇÃO DO RISCO TROMBOEMBÓLICO NA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO**

É critério de qualidade de todos os serviços de saúde, a existência de protocolos de atuação de profilaxia do TEV, que devem estar sempre atualizados. Não existem muitos estudos randomizados sobre profilaxia do TEV na gravidez, sendo a maior parte das recomendações baseadas em estudos retrospectivos e na opinião de peritos. É importante explicar à grávida as razões para as recomendações propostas para o seu caso específico e os benefícios-riscos maternos e fetais da anticoagulação.

Todas as mulheres devem ser submetidas a uma avaliação dos fatores de risco trombótico, de forma a estabelecer quais as que necessitam de trom-

**Quadro 1.** Score de Avaliação de Risco de Tromboembolismo Venoso

	Score	Presença
<b>Antecedentes Pessoais de TEV</b>		
TEV relacionado com a gravidez	6	<input type="checkbox"/>
TEV relacionado com o uso de estrogénios	6	<input type="checkbox"/>
Trombose venosa cerebral	6	<input type="checkbox"/>
TEV recorrente	6	<input type="checkbox"/>
TEV sem fator de risco identificado	3	<input type="checkbox"/>
TEV com fator de risco transitório e identificado	2	<input type="checkbox"/>
Antecedentes Familiares de TEV	2	<input type="checkbox"/>
<b>Trombofilias hereditárias e adquirida</b>		
Défice de antitrombina ou homozigotia para o FVL ou para a PT G20210A ou dupla heterozigotia para o FVL e PT G20210A		
Com antecedentes de TEV	6	<input type="checkbox"/>
Sem antecedentes de TEV	3	<input type="checkbox"/>
Défice de proteína C ou défice de proteína S ou heterozigotia para o FVL ou para a PT G20210A		
Com antecedentes de TEV	3	<input type="checkbox"/>
Sem antecedentes de TEV	2	<input type="checkbox"/>
Síndrome de anticorpos antifosfolípidos	6	<input type="checkbox"/>
Persistência de anticoagulante lúpico, anticardiolipina ou b2GP1	3	<input type="checkbox"/>
<b>Fatores de risco relacionados com a gravidez atual</b>		
Idade ≥ 35 anos	1	<input type="checkbox"/>
Paridade ≥ 3	1	<input type="checkbox"/>
Índice de massa corporal: peso Kg/ (altura m) <sup>2</sup> ≥ 30 Kg/m <sup>2</sup>	1	<input type="checkbox"/>
Tabagismo (≥10 cigarros/dia)	1	<input type="checkbox"/>
Veias varicosas exuberantes	1	<input type="checkbox"/>
Imobilização ou repouso no leito (≥ 3 dias)	2	<input type="checkbox"/>
Comorbilidades (doença cardíaca, pulmonar, lúpus, neoplasia, doenças inflamatórias do intestino, síndrome nefrótico, drepanocitose, outras)	1	<input type="checkbox"/>
Infeção sistémica	2	<input type="checkbox"/>
Hiperemese com desidratação	1	<input type="checkbox"/>
Síndrome de hiperestimulação ovárica	1	<input type="checkbox"/>
Gravidez com recurso a indutores de ovulação	1	<input type="checkbox"/>
Viagens de longa duração (≥4 horas)	1	<input type="checkbox"/>
Parto por cesariana	1	<input type="checkbox"/>
Intervenção cirúrgica na gravidez ou puerpério	2	<input type="checkbox"/>
Pré-eclâmpsia	1	<input type="checkbox"/>
Hemorragia pós parto e/ou necessidade transfusional	1	<input type="checkbox"/>
Gravidez múltipla	1	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>		
Cálculo do Score	1.ª Consulta	Intercorrência médica, cirúrgica ou obstétrica
Pontuação Total		À data da alta / pós parto
Tromboprofilaxia com heparina de baixo peso molecular		
Pontuação Total		
<3 não é necessária		
3-5 apenas no 3.º trimestre e/ou puerpério		
≥6 Iniciar imediatamente		

Quadro 2. Doses das heparina de baixo peso molecular (gravidez e pós parto)

	Peso em Kg	Enoxaparina	Tinzaparina	Dalteparina
<b>Profilática</b>	<50	20 mg/dia	3500 UI/dia	2500 UI/dia
	50-90	40 mg/dia	4500 UI/dia	5000 UI/dia
	91-130	60 mg/dia*	7000 UI/dia	7500 UI/dia
	131-170	80 mg/dia*	9000 UI/dia	10 000 UI/dia
	>170	0.6mg/Kg/dia*	75UI/Kg/dia	75UI/Kg/dia
<b>Profilática alta</b>	50-90	40 mg 12/12h	4500 UI 12/12h	5000 UI 12/12h
<b>Terapêutica</b>		1 mg/Kg 12/12h gravidez 1,5 mg/Kg/dia pós parto	175 UI Kg/dia	200 UI Kg/dia

\* pode ser fracionada em duas doses

bopprofilaxia (Quadros 1 e 2).<sup>2-7</sup> Essa avaliação deverá ser efetuada no período pré-concepcional ou no início da gravidez. A avaliação do risco deve ser individualizada, sempre repetida e continuada no internamento hospitalar e sempre que surjam outros problemas na gravidez. Apesar da inegável importância das recomendações para a boa prática médica, a realidade é bem diferente.

Em obstetria existem medidas gerais de prevenção do TEV que devem ser sempre cumpridas, nomeadamente: minimizar a imobilização na gravidez, parto e puerpério, limitar o internamento pré-parto ao clinicamente indicado, na cesariana programada restringir o internamento na véspera apenas a grávidas a operar no período da manhã ou que vivam longe do hospital, elevação dos membros inferiores sempre que possível, mobilização ativa e deambulação pós-operatórias precoces, hidratação adequada e alta hospitalar logo que clinicamente possível. Apesar da maior parte das recomendações resultarem da extrapolação a partir de estudos na população não obstétrica, o uso de meias elásticas de compressão tem efeitos benéficos no retorno venoso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez e o puerpério são por si só fatores de risco bem definidos para a ocorrência de trombose venosa profunda e de embolia pulmonar. A avaliação do risco trombótico deve ser precoce, idealmente no período pré-concepcional, de forma a instituir a profilaxia o mais cedo possível na gravidez. Apesar da existência de recomendações internacionais, a avaliação deve ser individualizada e estratificada de acordo com os fatores de risco presentes no momento. Enquanto aguardamos mais estudos e investigação nesta área a nossa conduta deve assentar no bom senso clínico e na experiência dos especialistas.

## REFERÊNCIAS

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing The Risk Of Thrombosis And Embolism During Pregnancy And The Puerperium Green-Top Guideline No. 37. RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2009:1-35.
2. European Society of Gynecology Association for European Paediatric, Cardiology German Society for Gender. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2011;32:3147-97.
3. Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, et al. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012;141:e691S-736S.
4. Committee on Gynecologic Practice. Committee opinion no 610: chronic antithrombotic therapy and gynecologic surgery. *Obstet Gynecol* 2014;124:856-62.
5. Chan WS, Rey E, Kent NE, et al. Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36:527-53.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2015:1-40.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium. RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2015.