

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.003 - Página 1/13	
Título do Documento	TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO	Emissão: 19/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/02/2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	2
1.1 Fatores de Risco	2
1.1.1 Pré-parto	2
1.1.2 Pós-parto	3
1.1.3 Trombofilias hereditárias	3
2. TROMBOSE VENOSA PROFUNDA	5
2.1 Diagnóstico	6
3. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	6
3.1 Diagnóstico	6
4. TRATAMENTO	8
4.1 Anticoagulação	8
4.2 Profilaxia para tromboembolismo na gestação	9
5. VIA DE PARTO E MANEJO	10
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
7. HISTÓRICO DE REVISÃO	12

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.003 - Página 2/13	
Título do Documento	TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO	Emissão: 19/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/02/2023

1. INTRODUÇÃO

Trombofilia é toda alteração hereditária ou adquirida do sistema hemostático que aumenta o risco de trombose. A gravidez é considerada isoladamente uma situação de trombofilia na vida da mulher, pois aumenta o risco de tromboembolismo venoso em cinco a dez vezes, comparado com a mulher não gestante. Este risco é ainda maior no puerpério (em média, vinte vezes maior) quando comparado ao de mulheres não gestantes de mesma idade. Após esse período, sua frequência diminui rapidamente, apesar do risco residual que persiste por até 12 semanas pós-parto.

As principais complicações desse estado de hipercoagulabilidade são trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP). Trombose arterial é um evento raro.

A TVP ocorre geralmente em membros inferiores e, pode evoluir principalmente nas formas proximais com embolia pulmonar. O TEP pode ser de difícil diagnóstico na gravidez, pois os sintomas podem facilmente ser confundidos com os da gestação: dispneia e taquicardia. O tratamento anticoagulante e a hospitalização pelo tromboembolismo geram custos muito altos para o sistema de saúde. Assim, a prevenção é sem dúvida a melhor alternativa.

A prevalência geral de tromboembolismo venoso (TEV) na gravidez é baixa. A TVP é três vezes mais comum que o TEP, sendo esta última responsável por 9% das mortes maternas, o que a torna a sétima principal causa de morte materna.

As mulheres negras têm uma taxa de mortalidade relacionada à gravidez três a quatro vezes maior do que as mulheres brancas. Além disso, comparadas às mulheres brancas ou asiáticas, as negras apresentaram maior risco de TEV.

1.1 Fatores de Risco

1.1.1 Pré-parto

Múltiplos nascimentos
Varizes
Cirurgia recente
História pessoal ou em parente de primeiro grau, de TEV
Tabagismo
Diabetes
Hospitalização por motivos de não parto (principalmente aqueles > 3 dias)

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.003 - Página 3/13	
Título do Documento	TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO	Emissão: 19/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/02/2023

Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg / m ²
Idade materna aumentada ≥ 35 anos

Comparado com o período pré-parto, o TEV é duas a cinco vezes mais comum no pós-parto. O risco é mais alto nas primeiras seis semanas pós-parto e diminui para taxas que se aproximam da população em geral em cerca de 13 a 18 semanas.

1.1.2 Pós-parto

Cesárea, especialmente as de emergência
Comorbidades: varizes, doença cardíaca, doença inflamatória intestinal
IMC ≥ 30 kg / m ²
Idade gestacional precoce (parto prematuro < 36 semanas)
Hemorragia obstétrica
Natimorto
Idade materna ≥ 35 anos
Hipertensão
Tabagismo
Eclampsia ou pré-eclâmpsia
Infecção pós-parto

O risco de TEV é ainda mais aumentado em mulheres grávidas que herdaram trombofilias.

1.1.3 Trombofilias hereditárias

Trombofilias hereditárias e risco de TEV na gestação
Deficiência do Fator V de Leiden – risco 3 vezes maior de tromboembolismo
Mutação no gene da protrombina G20210A
Deficiência de antitrombina III, proteína S ou proteína C - risco 8 vezes maior de trombose venosa nos períodos pré e pós-parto combinados.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.003 - Página 4/13	
Título do Documento	TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO	Emissão: 19/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/02/2023

Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAAF) – risco de 5% de trombose durante a gravidez.

A gestante apresenta os três componentes etiopatogênicos da tríade de Virchow: a) estase, devido à compressão das veias cava e ílica comum esquerda pelo útero gravídico e à diminuição do tônus venoso por causa da ação miorelaxante da progesterona; b) hipercoagulabilidade, secundária à indução da síntese hepática dos fatores VII, VIII e X de coagulação pelo estriol placentário, aumento do fibrinogênio e do inibidor do ativador do plasminogênio tipo I e II, e diminuição da síntese de proteína S; c) lesão endotelial, que ocorre na nidação, remodelação endovascular das artérias uteroespiraladas e com a dequitação.

Os dados sugerem que pelo menos 50% das mulheres com TEV durante a gravidez apresentam trombofilia adquirida ou hereditária. Nem todas as trombofilias conferem graus de risco equivalentes para complicações trombóticas durante a gravidez.

Em estudos retrospectivos, as mulheres com trombofilia hereditária têm uma probabilidade muito maior de TEV durante a gravidez se tiverem história pessoal ou familiar positiva de trombose versus história negativa.

A triagem rotineira das trombofilias hereditárias é apropriada nas seguintes mulheres:

1. História de TEV associada a um fator de risco transitório - A triagem é apropriada em mulheres com potencial para engravidar, com história de TEV associada a fatores de risco transitórios, como fratura do fêmur, cirurgia ou imobilização prolongada. Os resultados da triagem são úteis porque aqueles sem defeito trombótico hereditário apresentam baixo risco de trombose recorrente e não necessitam de trombopprofilaxia pré-parto, enquanto aqueles com defeito trombótico têm maior risco de TEV durante a gravidez; a magnitude do risco e do gerenciamento depende do defeito.

2. História de TEV idiopático, TEV recorrente ou TEV associado ao uso de anticoncepcionais ou à gravidez - essas mulheres correm um risco relativamente alto de trombose recorrente e devem receber anticoagulação profilática no pré-parto, independentemente do status da trombofilia. No entanto, a triagem ainda é útil nessa população porque a presença e o tipo de trombofilia afetam a dose de anticoagulante. Mulheres sem evidência laboratorial de trombofilia herdada recebem anticoagulação com dose profilática, enquanto mulheres com trombofilia herdada recebem anticoagulação com dose intermediária ou terapêutica.

3. Nenhum TEV prévio, mas um parente de primeiro grau com histórico de trombofilia de alto risco - O teste é razoável em mulheres assintomáticas (sem TEV prévio) planejando uma gravidez que tenha um parente de primeiro grau com histórico de trombofilia de alto risco. A identificação de um defeito trombofílico hereditário no parente pode restringir a avaliação laboratorial para determinar se a mulher carrega ou não o defeito específico.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.003 - Página 5/13	
Título do Documento	TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO	Emissão: 19/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/02/2023

A justificativa para esses testes é que a profilaxia pré-parto e pós-parto é indicada se o paciente assintomático for portador de um dos defeitos mais altamente trombogênicos (por exemplo, deficiência de antitrombina, dupla heterozigose ou homozigose para o fator V Leiden [FVL] e / ou mutação do gene da protrombina [PGM]).

Se o paciente assintomático for heterozigoto para um dos defeitos menos trombogênicos (por exemplo, FVL heterozigótica), a trombopprofilaxia pode ser indicada na presença de outros fatores de risco para TEV (cesariana, imobilização prolongada, obesidade, parente de primeiro grau com TEV antes dos 50 anos).

Não devem ser triadas para **trombofilias hereditárias** as pacientes que tenham histórico de perda fetal recorrente ou não recorrente, descolamento, restrição do crescimento fetal ou pré-eclâmpsia, já que não há evidência de causalidade entre trombofilia hereditária e tais condições assim como de que a administração de drogas anticoagulantes para essas mulheres é eficaz para melhorar os resultados da gravidez. Nessas pacientes deve-se investigar trombofilias adquiridas (SAAF – Anticardiolipina IgM e IgG, Anti-Beta2 glicoproteína 1 IgM e IgG e Anticoagulante lúpico).

Risco de TEV x Tipo de Trombofilia	
Alto Risco	Fator V de Leiden em homozigose
	Mutação Fator II em homozigose
	Fator V de Leiden + Mutação Fator II, combinados, ambos em heterozigose
	Deficiência de Antitrombina III
	Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide
Baixo risco	Fator V de Leiden em heterozigose
	Mutação Fator II em heterozigose
	Deficiência proteína C
	Deficiência proteína S
	Polimorfismo em homozigose ou heterozigose do Ativador do Plasminogênio tipo I (PAI-1)

Quadro 1. Risco de TEC x Tipo de Trombofilia

2. TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

A trombose venosa profunda (TVP) de membros inferiores é responsável por 75% a 80% dos episódios de TEV na gestação, ocorre em igual proporção nos três trimestres, com aumento do risco no pós-parto, principalmente após uma cesariana. Nas gestantes, as TVPs predominam no membro inferior esquerdo (90%) e no segmento íleo-femoral (72%) que tem maior chance de evoluir com embolia pulmonar. Esse fato pode ser explicado pela acentuação da compressão da veia íliaca comum esquerda pela artéria íliaca comum esquerda contra a quinta vértebra lombar, causada pelo útero gravídico.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.003 - Página 6/13	
Título do Documento	TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO	Emissão: 19/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/02/2023

2.1 Diagnóstico

Sinais e sintomas sugestivos de TVP são dor unilateral, difusa e edema, que pode ou não estar associado a eritema, calor e

sensibilidade da extremidade inferior. Se houver mais de 2cm de diferença no diâmetro das panturrilhas, indica-se investigação. O Sinal de Homans (dor à dorsiflexão do pé) é inespecífico e pode ser encontrado em 50% das gestantes sem TVP. Os sintomas da trombose da veia íliaca incluem inchaço da perna inteira com ou sem flanco, abdome inferior, nádega ou dor nas costas.

Menos de 10% das gestantes com suspeita de TVP têm a doença confirmada por testes objetivos. O diagnóstico definitivo é essencial, pela necessidade de tratamento imediato, avaliação para trombofilias e profilaxia em gestações futuras. Se houver forte suspeita de TVP, deve-se iniciar a anticoagulação até a confirmação diagnóstica.

O exame a ser solicitado é a ultrassonografia com Doppler. Se este exame for positivo, manter anticoagulação; se for negativo e suspeita clínica fraca, suspende anticoagulação e se for negativo com suspeita clínica forte, manter o tratamento por 7 dias e repetir a ultrassonografia com doppler, suspendendo o tratamento apenas se o exame permanecer negativo.

O D-dímero tem um valor diagnóstico limitado em mulheres grávidas com suspeita de trombose venosa profunda (TVP), já que na gravidez seus níveis estão aumentados. No entanto, um D-dímero negativo está associado a um alto valor preditivo negativo em qualquer trimestre.

3. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

O tromboembolismo pulmonar (TEP) ocorre quando os coágulos se desprendem do sistema venoso profundo nos casos de TVP e se alojam nas artérias pulmonares. Em dois terços dos casos a embolia pulmonar ocorre no período pós-parto, 43% a 60% dos episódios de TEP ocorrem nas primeiras 6 semanas do puerpério.

3.1 Diagnóstico

Dispneia e taquipnéia são os principais sintomas e o quadro clínico varia desde dispneia leve e taquipnéia com leve dor no peito até parada cardiorrespiratória.

Quando suspeitar de TEP?
Dispneia de início súbito (80%)
Dor torácica súbita pleurítica/anginosa (60%)
Broncoespasmo súbito em gestante sem antecedente de asma/DPOC

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.003 - Página 7/13	
Título do Documento	TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO	Emissão: 19/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/02/2023

Choque (10%) / ICC à direita de início súbito
Hemoptise / escarro hemoptoico;
Fatores predisponentes: idade avançada, insuficiência cardíaca, insuficiência venosa de MMII, obesidade, imobilidade, AVC, lesões medulares, história de trombofilias, trauma, gestação/puerpério, neoplasia (pulmão, mama), período perioperatório, cateter venoso central, trombo intracardíaco.

A investigação pode ser feita com a dosagem do D-dímero, que se for negativa e associada à baixa probabilidade clínica de EP, é suficiente para excluir essa possibilidade. Alguns exames de imagem podem ser úteis na investigação, quais sejam:

Exames de imagem para investigar embolia pulmonar				
Exame	Sensibilidade	Especificidade	VPP	Comentários
TC helicoidal	Alta	Alta	~100%	Exposição à radiação
Angiografia Pulmonar			~100%	Exposição à radiação
Cintilografia Pulmonar	41%	97%		Exposição à radiação
Ressonância Nuclear Magnética	~TC helicoidal	~TC helicoidal		Permite visualizar artérias pulmonares. Cara, de difícil acesso e poucos estudos com gestantes

A gasometria arterial, o raio X de tórax e o eletrocardiograma podem ser úteis.

ECG: as alterações mais específicas na EP são aquelas em que estão presentes sinais da sobrecarga aguda do VD. O bloqueio do ramo direito, o desvio do eixo elétrico para a direita, o padrão S1Q3T3 e a inversão da onda "T" nas derivações precordiais de V1 a V4 são as principais anormalidades eletrocardiográficas correlacionadas com a EP. Essas foram identificadas em 50% das gestantes avaliadas, e a inversão de onda "T" de V1 a V4 foi a mais frequente das anormalidades, ocorrendo em 68% dos casos analisados.

Radiografia de tórax: as principais alterações ao exame de raio X de tórax são áreas de hipoperfusão pulmonar (sinal de Westmark), imagens cuneiformes (sinal de Hampton), dilatação

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.003 - Página 8/13	
Título do Documento	TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO	Emissão: 19/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/02/2023

da artéria pulmonar (sinal de Palla), atelectasia, derrame pleural e elevação da hemicúpula diafragmática. Entre as alterações descritas, a identificação de áreas de hipoperfusão é a mais específica. Esse mapeamento é fundamental no subgrupo de gestantes a serem submetidos à cintilografia pulmonar de ventilação e perfusão, ajudando a definir a probabilidade diagnóstica.

Gasometria: a gasometria arterial é de baixa especificidade e moderada sensibilidade para o diagnóstico de EP. A presença de hipoxemia e de hipocapnia possui valor preditivo negativo entre 65 e 68%, considerado insuficiente para afastar o diagnóstico de EP. A gasometria deve orientar a necessidade de oxigenioterapia suplementar e de ventilação mecânica em gestantes instáveis.

4. TRATAMENTO

Anticoagulação terapêutica deve ser iniciada sempre que a suspeita clínica existir. Nos casos em que há contraindicação à anticoagulação ou quando o êmbolo pulmonar se mantém apesar do tratamento instituído, há indicação de filtro de veia cava. Quando o êmbolo pulmonar é massivo e/ou há instabilidade hemodinâmica, pode ser necessário embolectomia ou trombólise.

Os pacientes com TEP devem ser assistidos com algumas medidas gerais, como:

- 1- Suplementação de O₂ / suporte ventilatório
- 2- Administrar volume – correção da hipotensão e do choque através da elevação da PVC. Não exceder 500 a 1.000ml de volume pelo risco de isquemia de VD;
- 3- Morfina – para sedação, analgesia e diminuição da ansiedade. Tem efeito vasodilatador pulmonar, administrar com cuidado na gestante hipotensa;
- 4- Drogas vasoativas – utilizar em gestantes que não respondem à infusão de volume (dobutamina e dopamina).

4.1 Anticoagulação

Diminui a mortalidade, a incidência de nova TEP, evita progressão do êmbolo e permite a recanalização espontânea da artéria pulmonar. Apesar da ausência de estudos específicos em gestantes sobre a melhor terapêutica dos fenômenos tromboembólicos, estudos randomizados controlados em mulheres não grávidas evidenciaram que a heparina de baixo peso molecular (HBPM) é tão eficaz quanto a heparina não fracionada (HNF), além de ser segura. Quando houver suspeita de TVP ou TEP, as medidas diagnósticas e terapêuticas devem ser imediatas. Se a suspeita clínica é forte, deve-se iniciar a anticoagulação imediatamente e só descontinuar se não for confirmada. Deve-se iniciar com doses terapêuticas de heparina de baixo peso molecular (HBPM) ou heparina não fracionada (HNF), conforme o esquema:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.003 - Página 9/13	
Título do Documento	TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO	Emissão: 19/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/02/2023

Dosagem terapêutica das heparinas		
HBPM	Enoxaparina	Deltaparina
	1mg/kg cada 12h subcutâneo	90 - 100UI/kg cada 12h subcutâneo
HNF		
<p>Endovenosa: 5.000U em bolus; 1.300U por hora, com dosagem de TTPa cada 6h nas primeiras 24h; Manter o TTPa entre 1,5 e 2,5 vezes o valor pré-anticoagulação, controle diário.</p> <p>Subcutânea: 5.000U em bolus; 15.000 a 20.000 U SC por dia (em duas doses); Manter o TTPa entre 1,5 e 2,5 vezes o valor pré-anticoagulação, controle diário.</p>		

Se o episódio de TVP ou TEP se iniciar no pós-parto, pode ser prescrito o warfarin, juntamente com a heparina, HBPM ou HNF, que deve ser mantida até o INR se estabilizar entre 2,0 e 3,0 por 2 dias seguidos – normalmente isto ocorre em 5 dias.

4.2 Profilaxia para tromboembolismo na gestação

A profilaxia farmacológica pode ser considerada em pacientes com história de um único TEV idiopático ou associado à gravidez ou ao uso de anticoncepcional com estrógeno, e naqueles com histórico de múltiplos TEVs, independentemente da causa, além dos pacientes com trombofilia conhecida.

As mulheres que já estão recebendo terapia anticoagulante devem ter a necessidade de anticoagulação terapêutica contínua reavaliada no início da gravidez. Se for determinado que a anticoagulação terapêutica é necessária, as mulheres que recebem anticoagulação oral devem ter seu regime anticoagulante convertido para outro regime baseado em heparina.

A decisão de administrar a profilaxia farmacológica no pós-parto deve ser individualizada para cada paciente, com avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.003 - Página 10/13	
Título do Documento	TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO	Emissão: 19/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/02/2023

Indicações para profilaxia de tromboembolismo na gestação	
Anticoagulação plena	Múltiplos TEVs prévios
	TEV prévio + trombofilia de alto risco (tabela 67)
	TEV prévio + SAAF
Anticoagulação profilática	TEV prévio idiopático
	TEV prévio associado a contraceptivo com estrógeno
	TEV prévio + trombofilia de baixo risco (tabela 67)
Sem indicação de anticoagulação	Trombofilia de baixo risco
	TEV prévio associado a câncer, acidentes, cirurgias de grande porte e imobilização
	História familiar de TEV + trombofilia de baixo risco

Tabela 1 – Indicações para profilaxia de tromboembolismo na gestação

Recomenda-se que as pacientes submetidas à cesárea sejam estimuladas à deambulação precoce, quando indicado deve-se fazer o uso de meias de compressão elástica e a adição farmacológica deve ser feita àquelas que apresentem indicação.

A profilaxia com anticoagulante deve ser iniciada no primeiro trimestre, o mais precoce possível e deverá ser mantida por pelo menos 42 dias após o parto. Em pacientes com TEV durante a gestação a profilaxia deve ser mantida por 3 a 6 meses após o parto conforme avaliação clínica.

As pacientes que faziam uso de anticoagulante oral antes da gestação, essa medicação deve ser reiniciada após 24h do parto, mantendo a heparina até que o INR esteja entre 2,0 – 3,0.

A dose profilática de acordo com o tipo de heparina:

- Enoxaparina: 40mg a cada 24h

- Dalteparina: 5000 UI a cada 24h.

- HNF: 5000 a 7500 UI a cada 12h no primeiro trimestre; 7500 a 10000 UI a cada 12h no segundo trimestre; 10000 UI a cada 12h no terceiro trimestre.

5. VIA DE PARTO E MANEJO

Ainda não há evidências para se estabelecer o melhor manejo intraparto de mulheres em tratamento de TVP e TEP. O parto normal é preferível à cesariana, pelo menor sangramento e menor necessidade de intervenções. Deve-se evitar a episiotomia.

Para cesarianas eletivas ou indução do parto, a HBPM ou HNF em doses **terapêuticas** deve ser interrompida 24h antes do procedimento. Em caso de cesariana, deve-se fazer uma dose profilática de HBPM ou HNF 6 a 12 horas após o procedimento, além de meias de compressão, e reiniciar a terapêutica no dia seguinte. Há um risco de 2% de hematomas, então sugere-se o uso de sutura de pele com pontos separados, e pode-se considerar o uso de drenos. Após o parto vaginal

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.003 - Página 11/13	
Título do Documento	TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO	Emissão: 19/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/02/2023

a HBPM ou HNF pode ser administrada após 4-6h. Manter a anticoagulação pós-parto por pelo menos seis semanas.

Mulheres com doses terapêuticas das heparinas que entram em trabalho de parto espontâneo devem ter interrompido o tratamento no início das contrações. Se estiverem em uso de HBPM, as analgesias do neuroeixo (peridural ou raquianestesia) devem ser feitas somente 24h após a última dose. Se estiverem em uso de HNF, deve-se monitorar o TTPA e pode-se fazer a analgesia quando este estiver normal, o que normalmente ocorre 12h após a dose terapêutica. Se o TTPA estiver alto próximo ao parto ou se a analgesia for absolutamente indicada, pode-se usar o sulfato de protamina.

Após a retirada do cateter, pode-se dar doses profiláticas de HBPM ou HNF 4 a 6h após o parto, e reiniciar a terapia no dia seguinte. Manter a anticoagulação pós-parto por pelo menos seis semanas.

Se a mulher estiver utilizando doses **profiláticas**, o risco de hematoma espinhal é menor. A analgesia pode ser realizada 12h após o uso da HBPM **profilática**, enquanto que com doses de HNF de 5.000U ou menos a cada 12h, a analgesia é segura, geralmente o TTPA normaliza após 6h da dose profilática. A profilaxia deve ser retomada 6-12h após o parto vaginal e 12-24h após a cesárea.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Avaliação do Risco e Prevenção de Tromboembolismo no Pré-Natal. FEBRASGO.2017 .

André Luiz Malavasi Longo de Oliveira, Marcos Arêas Marques. **Profilaxia de tromboembolismo venoso na gestação.** J Vasc Bras. 2016 Out.-Dez.; 15(4):293-301

Atul Malhotra, MD, Weinberg Steven, MD. **Deep vein thrombosis in pregnancy: Epidemiology, pathogenesis, and diagnosis** – UpToDate.

Lockwood Charles J, MD, MHCM, Bauer Kenneth A, MD. **Inherited thrombophilias in pregnancy** – UpToDate.

Atul Malhotra, MD, Weinberg Steven, MD. **Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy: Prevention** – UpToDate.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.003 - Página 12/13	
Título do Documento	TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO	Emissão: 19/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/02/2023

Bauer Kenneth, MD. **Use of anticoagulants during pregnancy and postpartum** – UpToDate.

Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. **Doença Tromboembólica na Gestação.** p.221-225.

7. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

<p>Elaboração</p> <p>Nome: Mychelle Amaral Araújo dos Santos SIAPE: 1922122 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Mônica Martins Nóbrega Galvão SIAPE: 2675917 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p>	<p>Data: 19/02/2021</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Revisão</p> <p>Nome: SIAPE: Função:</p>	<p>Data:</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Validação</p> <p>Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS</p>	<p>Data: ___/___/_____</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.003 - Página 13/13	
Título do Documento	TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO	Emissão: 19/02/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 19/02/2023

<p>Aprovação</p> <p>Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos</p> <p>Função: Gerente de Atenção à Saúde</p>	<p>Data: ____/____/____</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA</p> <p>VIA SEI</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO
GRANDE DO NORTE

Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro
Santa Cruz-RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: HUAB

A Gerência de Atenção à Saúde se manifesta favorável à aprovação dos Protocolos, abaixo relacionados, onde constam as assinaturas eletrônicas dos responsáveis pela elaboração e revisão, quais sejam:

- PRT.DM.016 que versa sobre o Protocolo ABORTAMENTO (14550113), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550141);
- PRT.DM.013 que versa sobre o Protocolo ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO-FETAL (14550170), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550195);
- PRT.DM.044 que versa sobre o Protocolo EPILEPSIA NA GESTAÇÃO (14550216), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550233);
- PRT.DM.020 que versa sobre o Protocolo VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER (14550242), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550258);
- PRT.DM.043 que versa sobre o Protocolo ARBOVIROSES E GRAVIDEZ (14563007), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563085);
- PRT.DM.029 que versa sobre o Protocolo ASMA NA GRAVIDEZ (14563151), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563307);
- PRT.DM.004 que versa sobre o Protocolo ITU NA GESTAÇÃO (14563374), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563438);
- PRT.DM.008 que versa sobre o Protocolo GEMELARIDADE (15173033), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173044);
- PRT.DM.012 que versa sobre o Protocolo INFECÇÃO PUERPERAL (15173061), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173068);
- PRT.DM.025 que versa sobre o Protocolo PREMATURIDADE (15173075), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173080);
- PRT.DM.048 que versa sobre o Protocolo INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (15633141), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633214);
- PRT.DM.010 que versa sobre o Protocolo HIPERÊMESE GRAVÍDICA (15633414), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633541);
- PRT.DM.033 que versa sobre o Protocolo SOFRIMENTO FETAL (15633717), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633766);
- PRT.DM.002 que versa sobre o Protocolo INSERÇÃO DE DIU NO PÓS-PARTO E PÓS-ABORTAMENTO (15664607), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15664628);
- PRT.DM.021 que versa sobre o Protocolo PARTOGRAMA (15786124), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15786181);

- PRT.DM.028 que versa sobre o Protocolo CARDIOPATIA NA GRAVIDEZ (15786268), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15786299);

- PRT.DM.026 que versa sobre o Protocolo PCR NA GRAVIDEZ (15814637), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15814689);

- PRT.DM.047 que versa sobre o Protocolo ABDOME AGUDO EM GINECOLOGIA (15814744), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15814782);

- PRT.DM.041 que versa sobre o Protocolo HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO (15845016), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15844931);

- PRT.DM.030 que versa sobre o Protocolo ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NO PUERPÉRIO (15908763), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908774);

- PRT.DM.031 que versa sobre o Protocolo AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL (15908784), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908799);

- PRT.DM.022 que versa sobre o Protocolo RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO (15908813), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908826);

- PRT.DM.003 que versa sobre o Protocolo TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO (15908852), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908862);

Ressalto que a aprovação dos documentos supracitados não envolve a análise técnica, considerando ser esta uma responsabilidade das áreas competentes que elaboraram e revisaram os referidos protocolos assistenciais, conforme consta nas certidões acima mencionadas.

Esta aprovação está condicionada à validação dos respectivos documentos pela chefia do Setor de Vigilância em Saúde.

Atenciosamente,

(assinado e datado eletronicamente)

FLÁVIA ANDRÉIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS

Gerente de Atenção à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos, Gerente**, em 27/09/2021, às 11:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **16437568** e o código CRC **880F63A7**.

Referência: Processo nº 23527.003914/2021-21 SEI nº 16437568

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.003

<p>Elaboração</p> <p>Nome: Mychelle Amaral Araújo dos Santos SIAPE: 1922122 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Mônica Martins Nóbrega Galvão SIAPE: 2675917 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p>
<p>Revisão</p> <p>Nome: SIAPE: Função:</p>
<p>Validação</p> <p>Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS</p>
<p>Aprovação:</p> <p>Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos Função: Gerente de Atenção à Saúde</p>

Santa Cruz, 30/08/2021

Documento assinado eletronicamente

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

CERTIDÃO

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: Mychelle Amaral Araujo dos Santos, Mônica Martins Nobrega, Setor de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.003.



Documento assinado eletronicamente por **Mychelle Amaral Araujo dos Santos, Médico(a)**, em 30/08/2021, às 21:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mônica Martins Nobrega, Médico(a)**, em 30/08/2021, às 22:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Maria Rêgo Mendes, Enfermeiro(a)**, em 14/09/2021, às 09:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **15908862** e o código CRC **F9509C3C**.