

U.O.C. Ginecologia e Ostetricia
Direttore: Prof. Giovanni B. Nardelli
**PROFILASSI TROMBOEMBOLICA
NEL PUERPERIO**

Preparato da **Ref. Gruppo di lavoro Reparto Puerperio**

Approvato da **Responsabile Reparto Puerperio**
Prof. M. Gangemi

Referente per LR 22/02
Dott. C. Saccardi

Referente LR22/02 Puerperio
Coordinatrice N. Marchi

Approvato da **Direttore UOC-GO**
Prof. G.B. Nardelli

Data 12.10.2011 Rev. 00

INDICE

- 1.0 GRUPPO DI LAVORO
- 2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE
- 3.0 RIFERIMENTI E NORMATIVE LEGISLATIVE
- 4.0 MODALITA' OPERATIVE
- 5.0 RESPONSABILITA'
- 6.0 TEMPI DI ATTUAZIONE
- 7.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI
- 8.0 ALLEGATI

Gruppo di lavoro:

Il gruppo di lavoro è costituito da:

MEDICI: Nardelli G.B., Gangemi M. , Silvestrin C., Strzelecka A.

INFERMIERE PUERPERIO: Angeli C., Biscotto F., Braghetto S., Brandalese L., Cecchinato S., Conficconi C., Donà V., Favero L., Ferrato L., Gamba M., Lapesa A., Rossetto C., Saccardo O., Springolo C., Tacchetto B., Uberti N., Marchi N.

OSS: Mogno E., Salviato D., Soppelsa F.

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

LA PROCEDURA SI APPLICA NELL'UNITA' OPERATIVA PUERPERIO CLINICA OSTETRICA DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE GINECOLOGICHE E DELLA RIPRODUZIONE UMANA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA.

LA PRESENTE PROCEDURA E' DESTINATA AL PERSONALE MEDICO E INFERMIERISTICO DELL'UNITA' OPERATIVA.

IL PRESENTE DOCUMENTO È STATO ELABORATO PER UNIFORMARE I COMPORTAMENTI DEI MEDICI E DELLE INFERMIERE NELL'ASSISTENZA ALLA PUERPERA.

RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI

- Codice deontologico dell'infermiere – 10 Gennaio 2009.
- Patto Infermiere Cittadino 12 maggio 1996
- D. M. 14 settembre 1994 n°739 – Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995 n°6 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere".
- Profilo professionale dell'operatore Socio Sanitario: CONFERENZA STATO REGIONI
- Seduta del 22 febbraio 2001
- R. D. 15 Aprile 1926 n°718 "Approvazione del regolamento per l'esecuzione della legge 10 dicembre 1925 n°2277 sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia".
- R. D. 24 dicembre 1934 n°2316 "Testo unico delle leggi sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia".
- Legge 23 dicembre 1975 n°698 "Scioglimento e trasferimento delle funzioni dell'opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia".
- Legge 10 agosto 2000 n°251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica".
- Legge 26 febbraio 1999 n°42 "disposizioni in materia di professioni sanitarie".

GLOSSARIO E ACRONIMI

Antitrombina : molecola proteica che disattiva numerosi enzimi della coagulazione

BMI : Body Mass Index ossia indice di massa corporea. Usato come indicatore dello stato di peso forma poiché è il rapporto tra altezza e peso di una persona.

Distacco di placenta : distacco intempestivo della placenta dovuto quasi sempre a condizioni patologiche

Eparine a basso peso molecolare : anticoagulanti di sintesi ideali per la profilassi di trombosi da immobilità

Fattore V di Leiden : variante di una proteina della coagulazione che aumenta il rischio di trombosi venosa profonda. E' l'ipergoagulabilità ereditaria più tra gli euroasiatici

Hb : emoglobina ossia proteina contenuta nei globuli rossi e deputata al trasporto di ossigeno alle cellule

Preeclampsia : sindrome che insorge in gravidanza caratterizzata dalla presenza, singola o in associazione, di sintomi quali edema, proteinuria ed ipertensione

Proteina C : maggior anticoagulante fisiologico derivato della vit.K. La sua deficienza predispone a trombosi venose profonde (TVP) e aborto naturale.

Proteina S : proteina vit K dipendente prodotta dal fegato che potenzia l'effetto della prot.C

PTL : piastrine o trombociti sono particelle corpuscolate del sangue specializzate nei fenomeni di emostasi che impediscono la perdita di sangue conseguente ad una lesione

Sindrome da Anticorpi Antifosfolipidi : malattia autoimmune che può portare a trombosi venose o arteriose o entrambe e poliabortività

Tromboembolia : coagulazione intravascolare localizzata spesso associata a varici e agli arti inferiori.

MODALITA' OPERATIVE

La gravidanza, il parto ed il puerperio, rappresentano per la donna note condizioni di aumentato rischio tromboembolico.

Le linee guida internazionali, attualmente disponibili, per la prevenzione degli eventi tromboembolici nel puerperio consigliano di sottoporre a profilassi almeno le donne che presentino:

- **un pregresso evento tromboembolico**, con o senza stati trombofilici noti
- **stati trombofilici noti:**
 - Deficit di Antitrombina
 - Deficit di Proteina C
 - Deficit di Proteina S
 - Fattore V Leiden
 - Variante Protrombinica G20210A
 - Sdr da anticorpi anti fosfolipidi

Nella pratica clinica appare tuttavia utile identificare le pazienti che, pur non rientrando nei due gruppi sopraindicati, presentino **altri fattori di rischio** per i quali può essere comunque indicata una profilassi nel puerperio:

- **età > 35 aa**
- sovrappeso (**BMI > 25**)
- presenza di **varici** agli arti inferiori
- **inadeguata mobilizzazione**
- **preeclampsia**
- **distacco di placenta**
- **feto IUGR (Intra Uterine Growth Restriction)**
- **parto tramite taglio cesareo**

INDICAZIONI ALLA PROFILASSI NEL POSTPARTUM

- 1) pazienti con pregresso evento tromboembolico
- 2) stati trombofilici noti
- 3) Pazienti sottoposte a **taglio cesareo** che presentino **due o più altri fattori di rischio**

4) Pazienti con **parto spontaneo** che presentino due o più altri fattori di rischio

MODALITA' DELLA PROFILASSI

La profilassi va intrapresa appena possibile dopo il parto, a condizione che non ci siano emorragie in corso, o ad almeno 4 ore di distanza dalla rimozione di un eventuale catetere peridurale.

Si esegue con **eparine a basso peso molecolare** come la *dalteparina (Fragmin)* o la *enoxaparina (Clexane)* con i seguenti dosaggi, indipendenti dal peso corporeo della paziente (variazioni della posologia possono essere fatte per pazienti obese):

Fragmin 5.000 U.I. : 1 fl s.c. /die

Clexane 4.000 U.I. : 1 fl s.c. /die

La durata della profilassi va diversificata sulla base dei gruppi di rischio descritti precedentemente:

gruppi 1 e 2 : **sei settimane** dal parto

gruppi 3 e 4 : **7 giorni** dal parto o fino alla dimissione in caso di ricovero prolungato per complicanze ostetriche (preeclampsia, rialzo pressorio, iperpiressia, ecc)

Nelle donne che effettuano terapia o profilassi del tromboembolismo venoso in gravidanza e nelle quali saranno utilizzate tecniche di anestesia regionale è consigliabile sospendere la somministrazione del farmaco 24/12 h prima delle procedure (a seconda che le dosi siano terapeutiche o profilattiche). La somministrazione del farmaco può essere ripresa 4 ore dopo l'inserzione del catetere o ad almeno 4 ore di distanza dalla rimozione. E' consigliabile non rimuovere la cannula entro le 12 ore successive alla somministrazione del farmaco.

A tutte le pazienti sottoposte a taglio cesareo vanno posizionate **calze elastiche** (18-20 mmHg,) **in sala parto**, che verranno mantenute per tutta la durata della degenza.

Alle pazienti andate incontro a parto spontaneo che presentino varici agli arti inferiori vanno posizionate **calze elastiche** (18-20 mmHg,) **in sala parto**, che verranno mantenute per tutta la durata della degenza.

CONTROINDICAZIONI ALLA PROFILASSI

- Hb < 80 g/L
- PLT < 70 x 10.9/L
- Perdite ematiche rilevanti

Quando sussistono controindicazioni alla profilassi farmacologica si raccomanda l'utilizzo di calze elastocompressive.

PREVENZIONE DELLA PIASTRINOPENIA DA EPARINA

Si considera piastrinopenia da eparina un **numero di piastrine dimezzato** rispetto al valore precedente la terapia, seppure ancora in range.

La prevenzione viene effettuata mediante emocromo per conta piastrinica:

- in **3^a giornata** di terapia
- in **8^a giornata** di terapia in caso di prolungamento della stessa oltre i 7 giorni

RESPONSABILITA'

È responsabilità del personale medico ginecologo valutare il rischio tromboembolico di ciascuna paziente, la necessità di profilassi anti-trombotica, la presenza di controindicazioni alla profilassi, la necessità di sospensione della profilassi e l'eventuale aggiustamento della posologia nel caso di pazienti obese.

È responsabilità del personale medico inoltre programmare i dovuti controlli emocromocitometrici in corso di terapia profilattica per il conteggio delle piastrine.

È responsabilità dell'infermiera accertarsi che le pazienti che sono state sottoposte a taglio cesareo indossino calze elastocompressive, così come le puerpere che presentano varici agli arti inferiori.

È responsabilità dell'infermiere provvedere all'insegnamento dell'autosomministrazione del farmaco poiché la terapia dovrà essere continuata, spesso solo per pochi giorni, a domicilio.

Allegato 1 : Verbale incontro multidisciplinare 31.03.2010

TEMPI DI ATTUAZIONE

La seguente procedura è stata sottoposta a revisione ed entra a vigore a partire dal 12.10.2011.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Greer IA, Nelson Piercy C. Low molecular weight heparins for thromboprophylaxis and treatment of venous thromboembolism in pregnancy: a systematic review of safety and efficacy. Blood 2005; 106:401–407
- Macklon NS, Greer IA. Venous thromboembolic disease in obstetrics and gynaecology: the Scottish experience. Scott Med J 1996; 41:83–86

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
PROTOCOLLO.....

- Jacobsen AF, Drolsum A, Klow NE, et al. Deep vein thrombosis after elective cesarean section. *Thromb Res* 2004; 113:283–288

- Rodger MA, Avruch LI, Howley HE, et al. Pelvic magnetic resonance venography reveals high rate of pelvic vein thrombosis after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:436–437
- Gates S, Brocklehurst P, Davis LJ. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; CD001689
- Ellison J, Thomson AJ, Conkie JA, et al. Thromboprophylaxis following caesarean section: a comparison of the antithrombotic properties of three low molecular weight heparins; dalteparin, enoxaparin, and tinzaparin. *Thromb Haemost* 2001; 86:1374 –1378
- Gibson JL, Ekevall K, Walker I, et al. Puerperal thromboprophylaxis: comparison of the anti-Xa activity of enoxaparin and unfractionated heparin. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:795–797
- Warkentin TE, Greinacher A. Heparin-induced thrombocytopenia: recognition, treatment, and prevention. *Chest* 2004;126(suppl):311S–337S
- Andersen BS, Steffensen FH, Sorensen HT, et al. The cumulative incidence of venous thromboembolism during pregnancy and puerperium: an 11 year Danish populationbased study of 63,300 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77:170–173
- Simpson EL, Lawrenson RA, Nightingale AL, et al. Venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium: incidence and additional risk factors from a London perinatal database. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108:56–60
- Ray JG, Chan WS. Deep vein thrombosis during pregnancy and the puerperium: a meta-analysis of the period of risk and leg of presentation. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54:254–271
- Pabinger I, Grafenhofer H, Kyrle PA, et al. Temporary increase in the risk for recurrence during pregnancy in women with a history of venous thromboembolism. *Blood* 2002; 100:1060–1062
- Tormene D, Simioni P, Prandoni P, et al. Factor V Leiden mutation and the risk of venous thromboembolism in pregnant women. *Haematologica* 2001; 86:1305–1309
- Friederich PW, Sanson B-J, Simioni P, et al. Frequency of pregnancy-related venous thromboembolism in anticoagulant factor-deficient women: implications for prophylaxis. *Ann Intern Med* 1996; 125:955–960
- Gerhardt A, Scharf RE, Beckman MW et al. Prothrombin and factor V mutations in women with thrombosis during pregnancy and the puerperium. *N Engl J Med* 2000; 342:374–380
- Statement condiviso tra le società italiana per lo studio dell' emostasi e della trombosi (SISSET) e la società italiana di ginecologia e ostetricia (SIGO): Prevenzione del tromboembolismo venoso associato alla gravidanza. estensori del documento: E Grandone, R. Abbate, V. De Stefano, E.M. Faioni, I. Martinelli, G.Palareti, D. Tormene, F. Sirimarco, P. Martinelli