

**COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAURU**

**PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE ENOXAPARINA
NA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE**

BAURU – SP

1. APRESENTAÇÃO

A trombose venosa profunda (TVP), em sua forma mais comumente diagnosticada, pode ser definida como um episódio de trombose, envolvendo as veias profundas dos membros inferiores. A TVP é frequentemente acompanhada por embolia pulmonar (EP) sintomática ou assintomática, podendo ser diagnosticada na maioria dos casos de TVP quando os pacientes são adequadamente estudados. Com efeito, mais de 90% dos casos de EP originam-se de um trombo nas veias profundas dos membros inferiores.

Tromboembolismo venoso (TEV) é o termo comumente empregado para designar ambas as eventualidades (TVP e EP) indistintamente.

Gestação:

Grávidas ou mulheres no período puerperal tem risco aumentado de TVP. Isto se deve principalmente à estase venosa provocada pelo crescimento uterino e também como consequência de alterações hormonais próprias deste período.

O aumento do útero gravídico acaba por comprimir a veia cava inferior e a veia ilíaca e ao levar ao retardo do fluxo contribui para a estase venosa principalmente do lado esquerdo. Além da compressão, os teores sanguíneos de fibrinogênio e de outros fatores de coagulação tornam-se aumentados e os inibidores naturais diminuídos, contribuindo para a hipercoagulação sanguínea.

2. TRATAMENTO

Os objetivos do tratamento da TEV são o alívio dos sintomas agudos da doença, a tentativa de evitar a recorrência do evento trombótico e a progressão para EP, além da tentativa de diminuir a incidência, ou, ao menos, a morbidade da síndrome pós-trombótica (SPT). A SPT é uma complicação frequente da TVP, definida como uma insuficiência venosa crônica secundária à obstrução venosa pelo trombo ou secundária à lesão das válvulas venosas por ocasião da reorganização do trombo.

Alguns estudos têm dado apoio ao tratamento domiciliar da TEV em casos adequadamente selecionados, demonstrando eficácia terapêutica semelhante, quando comparado ao tratamento de pacientes internados, mas com vantagens do ponto de vista econômico e de satisfação do paciente.. Não obstante, pacientes com TEV sem alterações dos sinais vitais, com fácil acesso às dependências hospitalares e com baixo risco de sangramento podem ser tratados em seu domicílio. Com relação à profilaxia e tratamento farmacológico, os consensos clínicos parecem ter contribuído para diminuir os riscos durante a gravidez e o puerpério, uma vez que a anticoagulação sempre é motivo de dilema para o prescritor em sua tentativa de manter o equilíbrio entre os riscos de tromboembolismo materno e de hemorragia.

O manual Técnico sobre Gestação de Alto risco, do Ministério da Saúde, recomenda o uso de heparinas de baixo peso molecular, por demonstrarem menos incidência de efeitos adversos (plaquetopenia, sangramento e osteoporose), na dose de 40 mg/dia aplicadas via subcutânea.

2.1 Heparina de baixo peso molecular:

A heparina é uma droga bastante eficaz no tratamento da TEV na fase ativa. As preparações clínicas da droga possuem moléculas cujo peso molecular varia de 5000 a 30000 daltons (peso molecular médio de 15000 daltons). As heparinas de baixo peso molecular (HBPM), com peso molecular

variando entre 4000 e 5000 daltons. Seu mecanismo de ação envolve a inibição específica da atividade do fator Xa da coagulação.

As HBPM possuem meia-vida plasmática mais longa, melhor biodisponibilidade após aplicação subcutânea e menor variabilidade de resposta a doses fixas. Como resultado dessas propriedades farmacocinéticas, um efeito anticoagulante estável e duradouro é atingido, quando essas drogas são ministradas por via subcutânea, uma ou duas vezes ao dia, sem necessidade de monitorização com exames laboratoriais. Outra vantagem do tratamento com as HBPM é o fato de apresentarem uma incidência menor de trombocitopenia induzida pela heparina não fracionada.

O tratamento do TEV na gravidez deve primar pela utilização da heparina não fracionada ou pela HBPM a longo prazo, por via subcutânea, uma vez que os cumarínicos apresentam efeitos teratogênicos, quando utilizados no primeiro trimestre da gestação e aumentam o risco de sangramento quando utilizados no último trimestre. A anticoagulação oral pode ser prontamente iniciada após o parto, já que os metabólitos dos cumarínicos excretados pelo leite materno não possuem atividade anticoagulante. Deve-se manter a anticoagulação, pelo menos, até a sexta semana de puerpério, pois, nesse período, a paciente é especialmente susceptível a novos eventos tromboembólicos.

O Manual Técnico Gestação de Alto Risco, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (5ª Edição 2010), preconiza a anticoagulação profilática com heparina de baixo peso molecular por via subcutânea em gestantes com síndrome antifosfolípide ou trombofilia hereditária. O início da profilaxia estaria recomendado, preferencialmente, na segunda fase do ciclo menstrual de possível concepção, e mantida caso a gestação aconteça. Se a gestação ocorrer na ausência da profilaxia, tal cuidado deveria ser iniciado o mais precocemente possível, segundo o Manual. As doses recomendadas seriam de 40 mg por dia para enoxaparina ou 5.000 UI por dia de dalteparina ou 1.850 UI por dia de nadroparina. Na impossibilidade de uso da heparina de baixo peso molecular, poderia ser utilizada a heparina não fracionada, na dose de 2.500 a 5.000 UI de 12 em 12 horas, de forma a não alterar o TTPA (tempo de tromboplastina parcial ativada). As mulheres que receberam heparina na gestação deveriam reiniciar o uso de 8 a 12 horas após o parto. A heparina deveria ser mantida, na mesma dose, por seis semanas no puerpério.

2.2 Dispensação de Enoxaparina

A Secretaria Municipal de Saúde de Bauru tem incorporado na sua Relação Municipal de Medicamentos-REMUME, a Enoxaparina, como HBPM. A dispensação de enoxaparina 40 mg pelo município de Bauru é realizada pelas UAFs (Unidades de Assistência Farmacêutica), unidades vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde – SMS e atendem exclusivamente:

1) Gestantes, visando a profilaxia e tratamento de trombose venosa profunda na gravidez, por até no máximo 30 dias. O restante do tratamento será disponibilizado pela Farmácia de Alto Custo do Hospital Estadual, conforme protocolo disponível no seguinte endereço eletrônico:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/acesso-rapido/medicamentos/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmacutica/consulta-por-medicamento/476_enoxaparina_trombvenosogestante_v5oc.pdf

2) Profilaxia de tromboembolismo venoso, em continuidade de tratamento pós alta hospitalar, nos casos de grandes intervenções cirúrgicas, sendo exclusivo para altas em casos de cirurgias ortopédicas e cardíacas e, por um tempo de fornecimento de até, no máximo, 30 dias. No caso dos pacientes submetidos a artroplastia de quadril e de joelho será fornecido o medicamento rivaroxabana 10 mg, de acordo com o protocolo disponível no link:

https://www2.bauru.sp.gov.br/arquivos/arquivos_site/sec_saude/assistencia_farmaceutica/rivar_oxabana.pdf

Documentos Necessários:

Para a dispensação, será necessário que seja apresentado:

1. Cartão do SUS
2. Receituário médico atualizado com posologia e duração do tratamento (dispensação máxima para 30 dias), prescrição pela nomenclatura genérica.
3. No caso de gestantes, será necessário também, o comprovante de entrega dos documentos estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Enoxaparina, junto a Farmácia de Alto Custo do Hospital Estadual.

Assim que a gestante apresentar o protocolo da Solicitação junto a farmácia de alto custo, a enoxaparina será dispensada de acordo com a prescrição médica (dose, posologia, fornecimento por até 30 dias).

Referências Bibliográficas:

- 1) RIZZATTI EG & FRANCO RF. Tratamento do tromboembolismo venoso. Medicina, Ribeirão Preto, 34: 269-275, jul./dez. 2001.
- 2) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 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, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- 3) Avila WS, Grinberg M. Anticoagulação, gravidez e cardiopatia. Uma tríade, três domínios e cinco momentos. Arq. Bras. Cardiol. 2005; 84(1):44-8.
- 4)
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/16%20-%20PORTARIA%20N2086-2015-SMS_G_enoxaparina.pdf