

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS GESTANTES COM TROMBOFILIA: UM PASSEIO NA LITERATURA

João Henrique Araújo Lucena¹, João Paulo Franco de Azevedo¹, Jucicleia Mayara da Silva Freitas¹, Lilia Costa Nascimento¹, Rizocele da Silva¹, Gigliola Marcos Bernardo de Lima²

¹ Graduandos do Curso de Bacharelado em Enfermagem, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, Brasil.

² Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Mestre em Enfermagem, com Área de Concentração: Saúde Pública (Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - 2005), Especialista em Enfermagem Obstétrica (FASER), Especialista em Programa Saúde da Família (CBPEX) e Graduada em Enfermagem Geral pela Universidade Federal da Paraíba (2004). Professora Adjunta I do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, lotada na Unidade Acadêmica de Enfermagem (CES/UAENF/UFCG), Campus Cuité-PB.

Resumo

Existem inúmeras comorbidades que acometem as mulheres, e entre elas a Trombofilia. Esta morbidade tem sua pré-disposição potencialmente aumentada durante o estado gravídico pelas próprias características pró-coagulantes que o organismo feminino desenvolve. Neste sentido, este trabalho tem por objetivo geral realizar uma revisão bibliográfica acerca da trombofilia, incluindo o diagnóstico, tratamento bem com a assistência de enfermagem. Trata-se de um estudo ancorado na abordagem quantitativa do tipo revisão bibliográfica desenvolvida entre os meses março à maio de 2016 a partir das bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), SCIELO, BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações), além de livros e manual técnico do Ministério da Saúde na Atenção a Gestante de Alto Risco. Ao final do estudo concluiu-se que tanto a trombofilia adquirida quanto a hereditária podem ser identificadas em 20 a 50% das mulheres que apresentaram um evento tromboembólico durante a gestação ou pós-parto, e que o uso adequado das drogas para o tratamento da trombofilia, reduz significativamente o número de natimortos. A enfermagem pode atuar nas ações de educação e saúde e nas consultas de planejamento familiar.

Palavras-chave: Trombofilia, Gravidez, Enfermagem.

Abstract

There are numerous comorbidities that affect women, and among them thrombophilia. This morbidity has a predisposition potentially increased during pregnancy status by themselves procoagulant features the female body develops. In this sense, this work has the objective to review literature about thrombophilia, including diagnosis, treatment and with nursing care. This is a study anchored in quantitative and qualitative approach to the type literature review developed between the months March to May 2016 from the VHL databases (Virtual Health Library), SCIELO BDTD (Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations) besides books and the Ministry of Health

technical manual on Attention Pregnant High Risk. At the end of the study it was concluded that both thrombophilia acquired as hereditary can be identified in 20 to 50% of women who had a thromboembolic event during pregnancy or postpartum, and that the appropriate use of drugs for the treatment of thrombophilia significantly reduces the number of stillbirths. Nurses can work in education and health actions and in family planning visits.

Keywords: Thrombophilia, Pregnancy, Nursing care.

Introdução

Existem diversas doenças que acometem as mulheres durante a gestação, a Trombofilia é uma doença que é agravada no período gravídico, é caracterizada pelo estado de hipercoagulabilidade com tendência à trombose decorrente de anomalias que alteram o equilíbrio hemostático em direção à formação ou persistência de fibrina, que poderá ocorrer em idade precoce, ser recorrente ou migratória.

A pré-disposição para o desenvolvimento deste quadro clínico encontra-se potencializado durante a gravidez e puerpério, devido a apresentações pró-coagulantes destes estados.

Devido ao grande risco causado à saúde das gestantes é necessária investigar a ocorrências passadas ou recentes de qualquer evento trombótico como incidência de abortos recorrentes, óbito fetal, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta e restrição de crescimento fetal grave, além de história familiar. “Quaisquer dessas complicações em uma gestação anterior constituem forte preditor de recorrência em gestação futura” (BARROS; et al 2014).

Muitas das vezes o período gestacional é considerado a única oportunidade para a investigação destes fatos, sendo considerada essencial a descoberta precoce destes fatores e tratamento, pois poderá mudar de forma drástica tanto o estado gestacional, quanto a sobrevida e qualidade de vida em idades gestacionais mais avançadas.

Existem dois tipos de trombofilia que são classificadas em hereditárias e adquiridas, afetando cerca de 15% da população geral, a primeira está associada a deficiências nas proteína anticoagulantes e mutações nos genes codificadores das proteínas pró-coagulantes, estas alterações irão gerar complicações obstétricas constituindo 75% das causas de morbidade e mortalidade neonatal e a segunda diz respeito a síndrome antifosfolípide; Entre os múltiplos resultados perinatais existentes, se expressa o óbito fetal, definido pelo DATASUS como a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito o fato do feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, e sendo

considerado pela maioria dos autores em obstetrícia como sendo ocorrido após à vigésima semana de gestação e possuir um peso igual ou superior a 500 gramas.

O objetivo desse trabalho é realizar uma busca na literatura sobre o acometimento da Trombofilia nas Gestantes, bem como a assistência de enfermagem, visando contemplar peculiaridades clínicas na população feminina, apoiando nas intervenções de enfermagem na detecção, acompanhamento e manejo clínico.

Metodologia

Trata-se de um estudo ancorado na abordagem quantitativa do tipo revisão bibliográfica, contemplado as principais referências na área de obstetrícia. A pesquisa foi realizada no período de março a maio de 2016. O estudo foi desenvolvido a partir de livros e manuais do Ministério da Saúde, bem como artigos pesquisados nos bancos de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), SCIELO, BDTD, com os descritores: “Gravidez”, “Trombofilia” e “Enfermagem”, foram encontrados 12 artigos, dos quais 10 compuseram os resultados do presente trabalho, por se adequarem nos seguintes critérios de inclusão: estar disponível na íntegra, serem publicados nos idiomas de português, inglês e espanhol, ter como assunto principal a Trombofilia na gestação e ter sido publicado nos últimos 10 anos.

Resultados e Discussões

O organismo é formado por um complexo sistema homeostático que permite a ação dos ativadores da coagulação, formado por proteínas, plaquetas sanguíneas, e fatores pró-enzimáticos, sistematicamente organizados para conter perdas sanguíneas ao mínimo sinal de lesão, que agem em alinhamento com o sistema fibrinolítico que limitam a coagulação sanguínea que se invertem a trombose.

A trombofilia é entendida como a propensão em desenvolver trombose, por alterações hereditárias ou adquiridas (síndrome antifosfolípídeo), a respeito da coagulação ou da fibrinólise, que direcionam um quadro pró-trombótico em qualquer período da vida, inclusive na gravidez, parto e pós-parto.

A pré-disposição à trombose encontra-se potencialmente aumentada durante o estado gravídico pelas próprias características pró-coagulantes, a gravidez é caracterizada por elevado potencial de coagulação e diminuição do potencial fibrinolítico, além das alterações fisiológicas no sistema sanguíneo gerando policitemia, aumentando o potencial de agregação plaquetária.

A elevação desse potencial também é justificada pelo aumento da estase venosa dos membros inferiores, decorrente da compressão do útero gravídico na veia cava inferior e nas veias pélvicas, além de aumento dos níveis hormonais, alterações nos fatores componentes da cascata de coagulação. “A doença tromboembólica venosa (DTV),

complica cerca de 1:1.600 nascimentos, sendo portanto a principal causa de morbidade materna nos Estados Unidos” (MONTENEGRO, 2014).

Existe alta associação entre as trombofilias hereditárias e o desenvolvimento da DTV, o que mostra a relevância da detecção precoce dessas mulheres, contudo esse rastreamento está indicado em casos de histórico pessoal de tromboembolismo, aborto recorrente, restrição do crescimento fetal, doenças hipertensivas (eclampsia e pré-eclampsia) ou história familiar com o parente de 1º com trombofilia hereditária de alto risco.

O quadro abaixo mostra a relação da trombofilia hereditária aos eventos gestacionais, onde + (possível associação), ++ (associação definida).

Trombofilia	Aborto	PGU	Pré-eclampsia	HELLP
Deficiência da antitrombina III	++	++	+	
Deficiência da proteína C	+	++	+	
Deficiência da proteína S	+	++	+	+
Exatirogenase	+	+		
Faálise da coagulação	+	++	→	
Fator V Leiden	++	++	→	+
Hiperhomocisteinemia	+	+	+	+
Mutação do Fator I		+		
Enzima Ativada Lipido	++	++	→	+
Fatores combinados	++	++	→	+

FONTE: BARINI

As trombofilias estão associadas à deficiência das proteínas anticoagulantes como proteína C, proteína S e antitrombina, mutações nos genes codificadores das proteínas pró-coagulantes (fator V e protrombina), manifestam-se clinicamente com tromboes venosas,

ocorrência em indivíduos jovens, recorrente, com histórico familiar, os eventos trombóticos acarretam diversos problemas obstétricos, que vão desde dificuldade de engravidar, retardo do crescimento fetal severo até abortamento e perdas fetais.

“Tanto a trombofilia adquirida quanto a hereditária podem ser identificadas em 20 a 50% das mulheres que apresentaram um evento tromboembólico durante a gestação ou pós-parto. Além disso, sua associação com a gestação tem sido cada vez mais estudada como causa identificável de resultados adversos gestacionais, como trombose placentária, formas graves de hipertensão gestacional, descolamento prematuro de placenta, restrição de crescimento fetal intrauterino e óbito fetal” (BARROS; et al, 2014).

Uma das consequências mais comuns é a morte fetal, e portando qualquer doença que desenvolva insuficiência placentária, pode está relacionada à trombofilia. “Das causas de óbito fetal, 12% não são identificadas, 15% são atribuídas a complicações relacionadas ao cordão umbilical e placenta, 12% a malformações fetais, 23% a insuficiência placentária e 12% a outras causas” (BARROS; et al, 2014).

A morte fetal resulta na maioria dos casos dessas alterações no mecanismo de coagulação principalmente no que diz respeito à circulação útero- placenta, a ocorrência da trombose é seguida por infarto placentário, levado a hipóxia severa e posterior morte do concepto. “Em estudo avaliando placentas de

gestantes que evoluíram com abortamento, observou-se aumento da frequência de trombose e infarto naquelas portadoras de AAF (Anticorpos Antifosfolipídicos) comparado às placentas de pacientes que não apresentavam esses anticorpos. (VINATIER et al., 2001. Apud FILHO, 2002).

A trombofilia adquirida está relacionado à lesão direta nas células trofoblásticas, é ainda decorrente de outras alterações clínicas, como neoplasias, síndrome fosfolípide, uso de medicamentos como terapias de reposição hormonal bem como anticoncepcionais orais, estão intimamente associados a resultados gestacionais adversos.

Ocorre alteração na regulação da homeostasia da coagulação sanguínea. Os mecanismos pelos quais os AAFs interagem com a cascata da coagulação, produzindo eventos clínicos, são especulativos e ainda não foram completamente elucidados. A presença de lesão endotelial associada a presença de um AAF e requisito para uma complicação trombótica.

“Possíveis mecanismos pelos quais AAFs induzem eventos trombóticos: 24,25

1. AAFs podem ligar-se com fosfolípidos de membrana das plaquetas, resultando em aumento de sua adesão e agregação.
2. AAFs podem combinar-se com fosfolípidos da membrana das células endoteliais junto com anti 2-glicoproteína I (2-GP I) e induzir a ativação da célula endotelial, levando a alteração na expressão das moléculas

de adesão, secreção de citocinas e metabolismo das prostaciclina, aumentando a adesão agregação das plaquetas.

3. Lesão da célula endotelial também pode levar a diminuição da produção de fator relaxante derivado do endotélio e consequentemente aumentar o vaso espasmo e isquemia.

4. Na síndrome antifosfolípide secundária, a lesão vascular endotelial já ocorreu, aumentando oclusão/espasmo, isquemia/infarto vascular e alteração na repercussão.

5. AAFs podem interferir na interação das proteínas C e S da coagulação e consequentemente afetar formação do complexo de controle da coagulação (proteína C ativada, proteína S e fator V).” (SANTAMARIA,2005)

Na insuficiência placentária gerada pelo trombo, diminui o aporte de nutrientes para o feto, o que leva a utilização do glicogênio hepático, gerando diminuição da circunferência abdominal bem como do fígado fetal. A hipoxemia severa gera comprometimentos neurológicos graves o que preocupa em longo nos casos de neonatos sobreviventes.

Além de perdas fetais recorrentes, níveis elevados de anticorpos antifosfolípidos estão associados a aumento de 3 a 5 vezes na natimortalidade. A trombofilia pode instalar manifestações como pré-eclampsia (como altera o metabolismo das prostaglandinas, aumenta a concentração de tromboxano A2, é um potente vasoconstritor e agregante

plaquetário, o que explica seu potencial para formação de trombos), oligodrâmnio inexplicável, descolamento prematuro de placenta e crescimento intrauterino restrito, com cerca de 15 a 30% dos casos de SAF, cursam para esta consequência.

Sendo assim a trombofilia pode levar a predisposição da trombose, onde se tem uma incidência maior na gestação e no puerpério pelo fato de nesta fase ocorrer varias alterações hormonais e pró-coagulantes, os motivos são os mais diversos possíveis como: diminuição do fluxo venoso nos membros inferiores, aumento da pressão nos vasos pélvicos pela compressão uterina, alterações hemostáticas, aumento de fatores pró-coagulantes, como fator VII, fator VIII, fator X, fibrinogênio, e diminuição da porção livre da proteína S (BARROS; et al, 2014).

Em cerca de 40% dos indivíduos atingidos é possível identificar uma trombofilia hereditária ou adquirida, geralmente em associação a um ou mais fatores de risco de trombose venosa ou arterial.

O espectro de manifestações trombóticas da SAF é amplo, todas as idades são acometidas. Aproximadamente 70% dos eventos da SAF ocorrem em território venoso e 30% acometem território arterial. Podem ocorrer oclusões de artérias viscerais e periféricas, sendo os acidentes vasculares cerebrais uma complicação frequente. Em território venoso, a trombose venosa profunda é a manifestação mais comum

Sabendo que a trombofilia é dividida em adquirida (síndrome antifosfolípide-SAF) e hereditária (BRASIL, 2012), é necessário uma investigação ampla das manifestações clínicas apresentadas para que se possa oferecer um diagnóstico precoce, contribuindo assim para melhor tratamento e assim à redução de danos, sendo importante por parte não só do profissional médico, mas também do profissional enfermeiro no acompanhamento, desde o planejamento familiar na identificação dos fatores de risco para desenvolvimento da trombofilia, a exemplo da hereditariedade, dentre outras causas; até o pré-natal, para que se possa ter uma gestação que não ofereça riscos nem a mãe nem ao concepto. (Barros et al, 2014) afirmaram em seus estudos a importância de identificar e associar a presença de trombofilia em mulheres cujos fetos morrem a partir da 20ª semana gestacional, uma vez que o óbito fetal está bem presente a partir desta quando há presença de trombofilia.

Diante do entendimento da fisiopatologia da trombofilia, torna-se possível retratar alguns meios diagnósticos para a trombofilia, tendo em vista que está intimamente relacionada à alteração de fatores pró-coagulantes, entre outros, por onde serão baseados os meios diagnósticos da doença.

Existem algumas formas de diagnosticar a trombofilia, além do diagnóstico clínico, como por exemplo, óbito fetal repetitivo, histórico familiar, entre outros; há também o laboratorial, como: Método

ELISA para avaliar as concentrações da anticardiolipina IgM/IgG (Moderamente positivo quando o resultado dar entre 40-60 U e fortemente positivo $>60U$) e anticoagulante lúpico ($> 1,20$ após diluição à 50% , sendo positivo em dois exames com intervalo entre seis e 12 semanas) e/ou anti- 2 microglobulina; PCR para avaliar presença do fator V.

Método Bertina para avaliar a protrombina; Método amodolítico para avaliar a atividade da antitrombina; Método cronométrico para avaliar a atividade da proteína S; Método amidolítico com substrato cromogênico para a Proteína C; Testes do 2 e exato Fisher.

Em seus estudos sobre o tema evidenciaram no grupo de gestantes pesquisadas, que o óbito fetal era presente naquelas com idade gestacional acima da 20^o semanas, e que havia alteração de alguns destes fatores supracitados, sendo identificados principalmente a deficiência da proteína S, presença de anticorpos anticardiolipina da classe IgG e mutação do gene protrombina, mostrando assim a eficácia destes exames no diagnóstico da trombofilia.

Porém nota-se que a avaliação diagnóstica mostra-se praticamente semelhante tanto para a Trombofilia Adquirida como para a hereditária. Há confirmação da SAF, quando um ou mais exames forem positivos para qualquer um dos anticorpos: anticardiolipina, anticoagulante lúpico, antibeta2 glicoproteína I, quando é respeitado o intervalo de 48 dias entre a coleta de qualquer um deles e quando forem detectados pelo menos

dois resultados alterados. Assim quando há dois ou mais anticorpos alterados com dois exames positivos para estes anticorpos ainda é necessário haver associação com outros aspectos clínicos, como episódio de trombose venosa ou arterial ou mesmo quando estas atingirem qualquer um dos sistemas do organismo e causar algumas evidências clínicas; e quando presente outras morbidades obstétricas (três abortamentos precoces inexplicados, o óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfológicamente normal, parto <34 semanas com pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou insuficiência placentária).

Já para diagnóstico da trombofilia hereditária, se dar a partir do clínico; no qual serão observadas alterações clínicas semelhantes as da SAF; e laboratorial, através da avaliação de alterações nos fatores coagulantes, semelhantemente aos da SAF: Das proteínas C e S (que está deficiente); antitrombina, fator V de Leiden; protrombina/fator II da coagulação (com mutação G20210A no gene) e enzima metileno tetrahydrofolato redutase- MTHFR (estando presente mutação C677T no gene). Deve haver atenção especial na coleta proteínas C, S e antitrombina, pois não é indicada a coleta das mesmas na gestação, uma vez que estão diminuídas fisiologicamente.

Figueiro e Oliveira (2007), em seus estudos do tipo observacional transversal, avaliaram a respeito da associação entre diversos fatores com a trombofilia, rastrearam alguns indicadores para trombofilia durante o pré-natal em mulheres do Brasil

Central e relataram que há presença de síndrome adquirida/SAF quando há alterações do anticoagulante lúpico e os anticorpos anticardiolipina, enquanto que há na hereditária, resistência à proteína C ativada. Verificaram que a houve mais relação entre presença de trombofilia em mulheres que tinham óbito fetal recorrente e perdas fetais do que em gestantes com história de pré-eclâmpsia grave em gestação anterior. Sugerem que portadoras de trombofilia (deficiência de proteína S, C e antitrombina, hiperhomocisteinemia e mutação do fator V Leiden), são muito suscetíveis à complicações obstétricas e perinatais e por isso é importante o diagnóstico adequado para que haja tratamento correspondente.

Diante do diagnóstico adequado através do exame clínico e laboratorial, por onde se confirma a presença da trombofilia, estudos mostram o uso de três principais drogas utilizadas para tratamento profilático: aspirina 80-100mg VO diariamente até a 34^o-36^o semanas de idade gestacional; heparina de baixo peso molecular SC com dose de 40 mg de enoxaparina ou 5.000 UI dalteparina por dia ou ainda nadroparina 1.850 UI por dia; e heparina não fracionada, na dose de 2.500 a 5.000 UI de 12 em 12 horas. De acordo com o médico algumas dessas drogas são associadas. (BRASIL, 2012).

Salienta-se a importância dos cuidados de enfermagem como auxílio na avaliação clínica da gestante, uma vez que através de acompanhamento pré-natal pode-se identificar várias

comorbidades e fatores de risco que podem favorecer o surgimento de tal patologia, além do planejamento adequado de uma gestação que pode favorecer uma concepção saudável e nascimento saudável, além de diminuição de índices de mortalidade materna e outras complicações. Sendo assim, a enfermagem tem contribuição especial no diagnóstico, nos cuidados quanto à orientação e administração das principais drogas. Jausoro, et al (2003) também atentam para profilaxia com anti-trombolíticos durante a gravidez e no período pós-parto, e portanto deve-se haver uma orientação adequada, uma vez que não há exclusão de complicações no pós-parto.

Estudos de Barros, et al (2014), mostram a eficácia do uso das drogas para o tratamento da trombofilia, em que com seu uso adequado, houve redução do número de natimortos. A partir de suas pesquisas quanto à relação de óbitos fetais e trombofilia, ressaltam a importância do diagnóstico para trombofilia para gestantes com óbitos fetais a partir da 20^o semana, a fim de uma investigação eficaz e conseqüentemente o tratamento.

A equipe de enfermagem torna-se responsável por uma assistência no cuidado as gestantes, tendo como objetivo proporcionar conforto, educação e promoção à saúde das pacientes. Para a realização desta assistência se faz necessário uma atenção especial a estas mulheres desde o período em que as mesmas desejam engravidar, durante a realização de um planejamento familiar em que a partir de então irá se nortear buscas por tendência à

trombose decorrente de anomalias que alteram o equilíbrio hemostático, sendo necessário investigar a ocorrência passadas ou recentes de qualquer evento trombótico e devido ao grande risco causado à saúde das gestantes é necessária a realização de ações educativas a população para a realização de orientações seguras com relação à prevenção da pré-eclâmpsia, para que ocorram mudanças nos altos índices de morbidade e mortalidade relatados no estudo apresentado.

Considerações Finais

A trombofilia é entendida como a propensão em desenvolver trombose, por alterações hereditárias ou adquiridas.

Diante do que foi pesquisado, conclui-se que tanto a trombofilia adquirida quanto a hereditária podem ser identificadas em 20 a 50% das mulheres que apresentaram um evento tromboembólico durante a gestação ou pós-parto.

Esses índices elevados de mulheres atingidas pela trombofilia são preocupantes, pois uma das consequências mais comuns é o óbito fetal, ou sequelas importantes em conceptos sobreviventes.

Portanto torna-se necessário desenvolver uma visão voltada à ampla investigação das manifestações clínicas, com a finalidade de proporcionar um diagnóstico precoce, contribuindo dessa forma para um melhor tratamento, visando à redução de danos, sendo também entendido que o uso de drogas como Aspirina, Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) podem reduzir os

índices de mortalidade fetal. Porém, para que essas medidas sejam desenvolvidas é necessário um esforço coletivo, por parte não apenas do profissional médico, mas cabe a atuação do profissional enfermeiro no acompanhamento dessas mulheres, desde planejamento familiar, buscando identificar fatores de risco para desenvolvimento da trombofilia, dentre outras causas; até o pré-natal, para que se possa ofertar a mulher uma gestação livre de riscos tanto para ela quanto para o concepto. Dessa maneira, desenvolvendo-se um trabalho multiprofissional os índices de mulheres acometidas por trombofilia pode ser reduzido.

Referências

BARROS, V. I. P. L. L.; IGAI, A. M. K.; ANDRES, M. P.; et al. Resultados gestacionais e trombofilias em mulheres com história de óbito fetal de repetição. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014; 36(2). Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00050.pdf>>

Acesso em: 07.04.2016

FIGUEIRO, E. A.; OLIVEIRA, V. M.; et al. Eficácia de intervenção com enoxaparina baseada em sistema de pontuação nos desfechos perinatais de gestantes com trombofilias. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(10). Disponível

em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012001000005> Acesso em: 07.04.2016

FIGUEIRO, E. A. F.; OLIVEIRA, V. M. Associação entre abortamentos recorrentes, perdas fetais, pré-eclâmpsia grave e trombofilias hereditárias e anticorpos

antifosfolípidos em mulheres do Brasil Central. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(11). Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n11/a03v2911.pdf>> Acesso em: 07.04.2016

JESUS, N. A. P. B.; SILVA, L. U. H. D. Assistência de enfermagem a gestante/puérpera com diagnóstico ou risco aumentado de desenvolver doenças tromboembólicas. VIII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Florianópolis - Santa Catarina. 2013

MANGERONA, L. S. Trombofilias e abortos recorrentes. 2007. 110 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu- SP, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/handle/11449/88102>> Acesso em: 07.04.2016

OLIVEIRA, A. L. M. Trombofilias maternas hereditárias com e sem tromboembolismo venoso: resultado materno e neonatais. 2010. 59 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-25082010-112901/pt-br.php>> Acesso em: 07.04.2016.

PORTO, L. A. B; COSTA, L. A. C; COELHO, L. B. A; SIMÕES, R. F. Coagulação intravascular disseminada na gravidez – considerações, diagnóstico e manejo. Rev Med Minas Gerais. 2010; 20 (2). Disponível em <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-600009>> Acesso em: 07.04.2016

RADES, E. Investigação de trombofilias em gestantes de risco para

o parto prematuro. 2007. 90 f. Tese (Doutorado em Ciências)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-28012008-111631/pt-br.php>> Acesso em: 07.04.2016.

SANTAMARIA, Jesus Rodriguez et al. Síndrome antifosfolípide. An Bras Dermatol. 2005;80(3):225-39.

SANTOS, F.P. Importância do pré-natal para prevenção da pré-eclâmpsia: uma revisão de literatura. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização em atenção básica em saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais. 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3730.pdf>>. Acesso em: 07.04.2016.