

Manejo Prático da Trombose Venosa Profunda

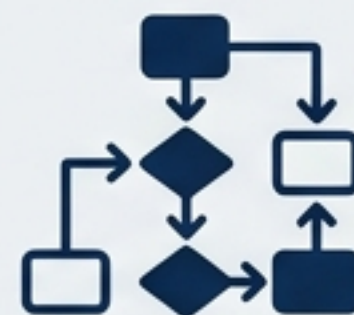
Reconhecer, estratificar e confirmar. Protocolo rápido para APS, Pronto-Socorro e Sala Vermelha de Itariri-SP.



Suspeita
clínica rápida



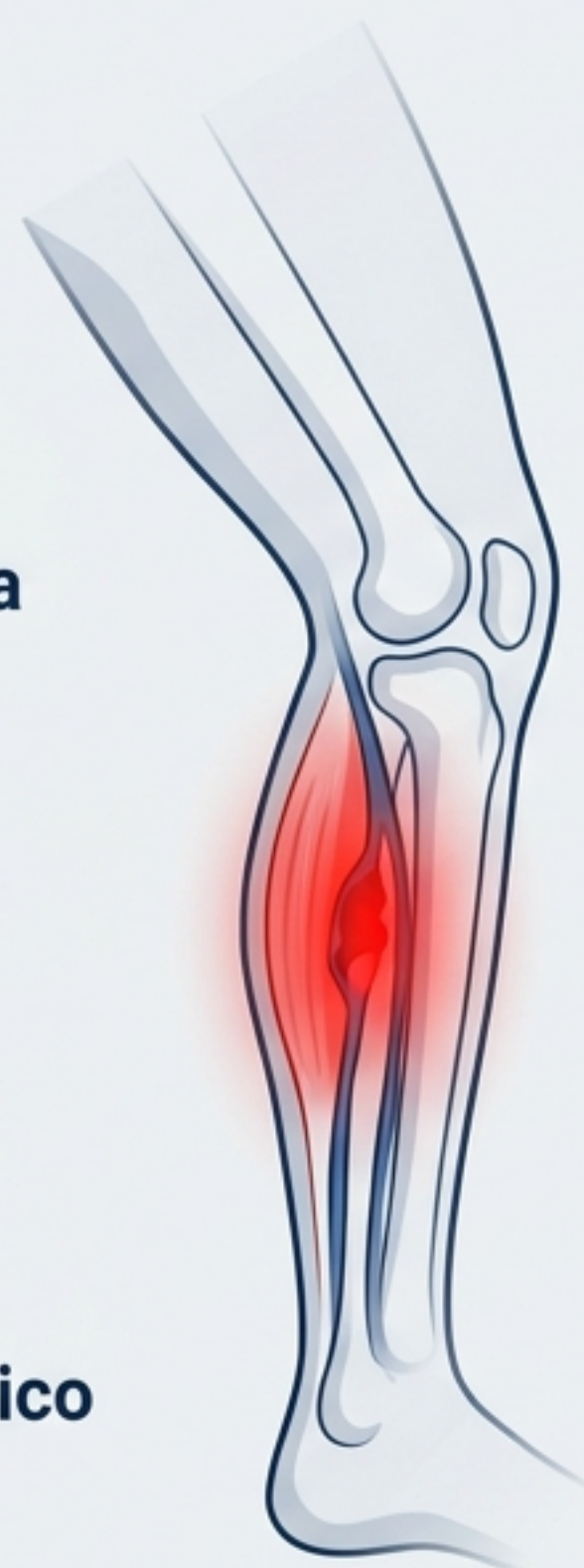
Estratificação
de Wells



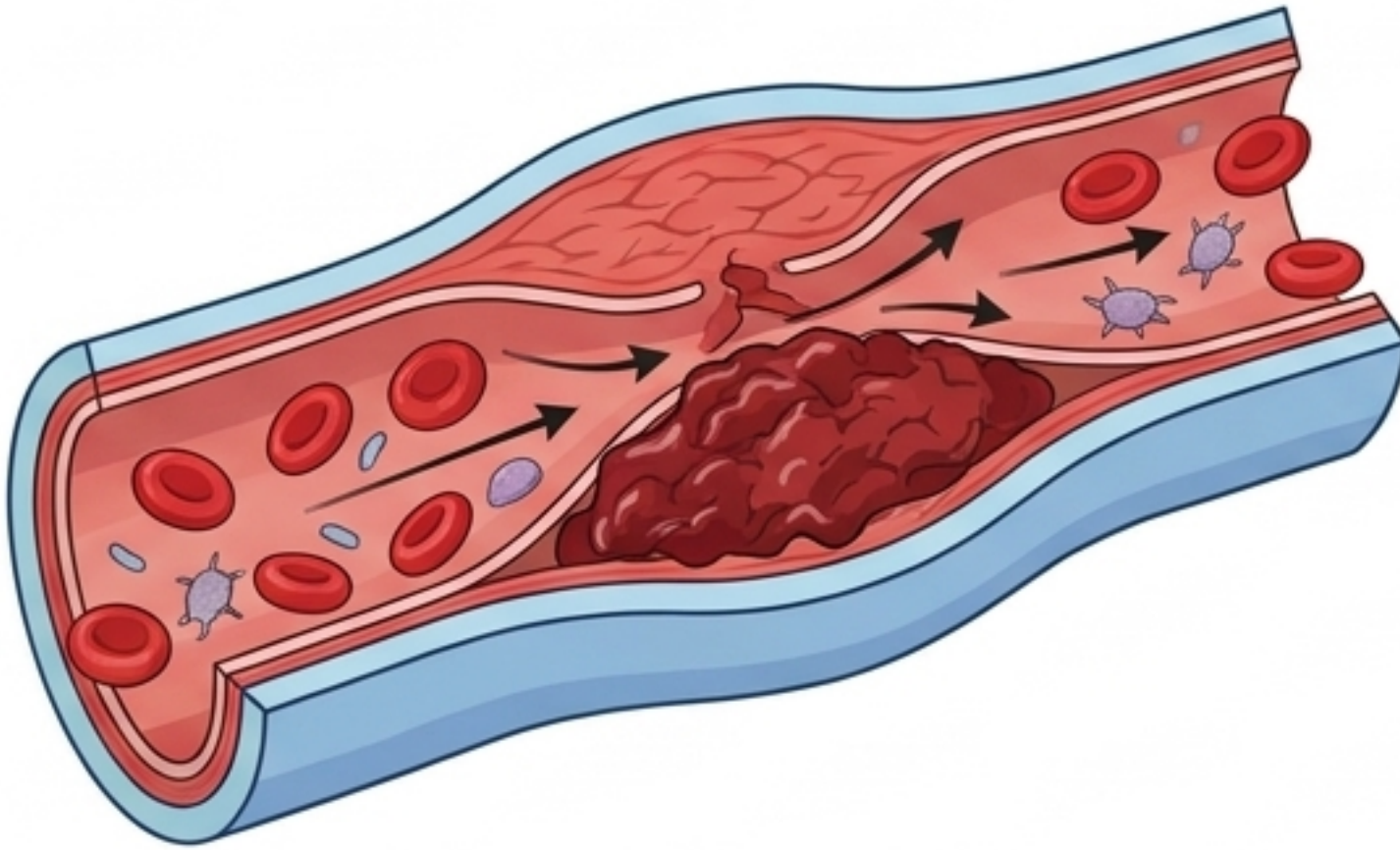
Fluxo diagnóstico
seguro



Anticoagulação
moderna



O Conceito



Formação de trombo dentro de uma veia profunda (frequentemente femorais, poplíteas ou ilíacas).

Por que não pode passar despercebida?



TEP (Tromboembolismo Pulmonar): Ocorre em 5-15% das TVPs não tratadas. Pode ser fatal.

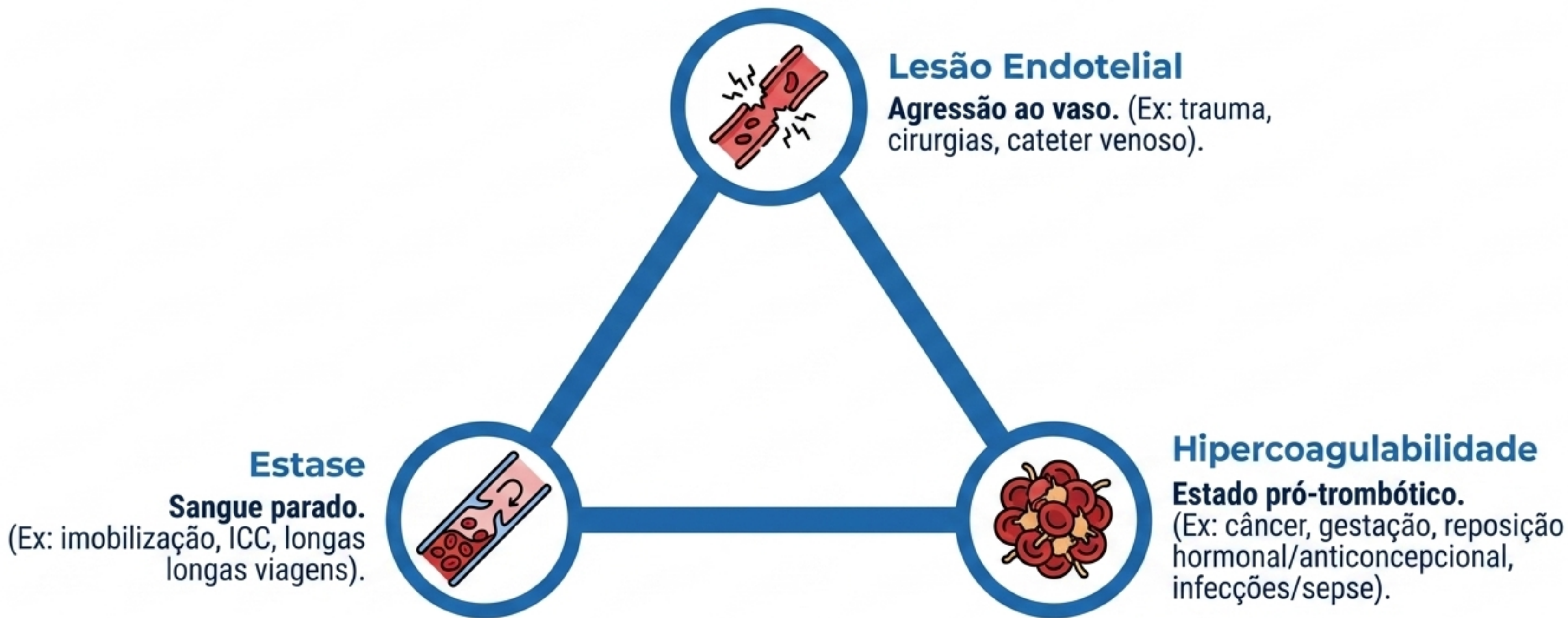


Flegmasia Cerúlea Dolens: Edema maciço, dor intensa e cianose que pode evoluir para síndrome compartimental e perda do membro.



Insuficiência Venosa Crônica: Sequelas permanentes, dermatite ocre e úlceras.

A base fisiopatológica: Tríade de Virchow



Atenção: A presença de apenas UM fator já aumenta significativamente o risco de trombose.

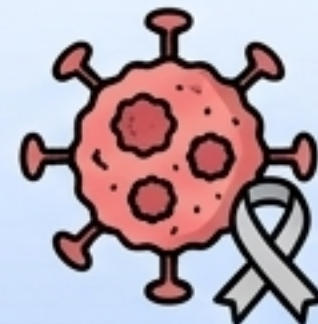
Identificando o paciente de risco na sala de espera



**Cirurgias /
Pós-operatório**



**Imobilização
prolongada**



Câncer ativo



**Gestação ou
Puerpério imediato**



**Anticoncepcional
Oral (ACO) ou TRH**



Idade avançada



Obesidade



Infecções / Sepses



**Paciente
internado/imobilizado**



**Edema
unilateral**



**Pensar em TVP até
prova em contrário.**

O raciocínio clínico inicial: O que buscar no exame físico



Sintomas Associados:

- Edema unilateral assimétrico (O dado mais importante)
- Dor ou sensação de peso/empastamento
- Dilatação do sistema venoso superficial (veias colaterais)
- Calor local ou eritema discreto

Mitos semiológicos e os verdadeiros confundidores

✗ Os Sinais Clássicos Falham

- ✗ Sinal de Homans (dor à dorsiflexão)
- ✗ Sinal da Bandeira (empastamento)
- ✗ Sinal de Bancroft (dor à palpação)

Nota Importante: Estes sinais NÃO confirmam nem excluem TVP. A avaliação clínica isolada tem acurácia de apenas ~20%.

i Diagnósticos Diferenciais



Celulite / Erisipela



Tromboflebite superficial



Trauma ou Estiramento muscular



Linfedema (histórico oncológico)



Cisto de Baker roto

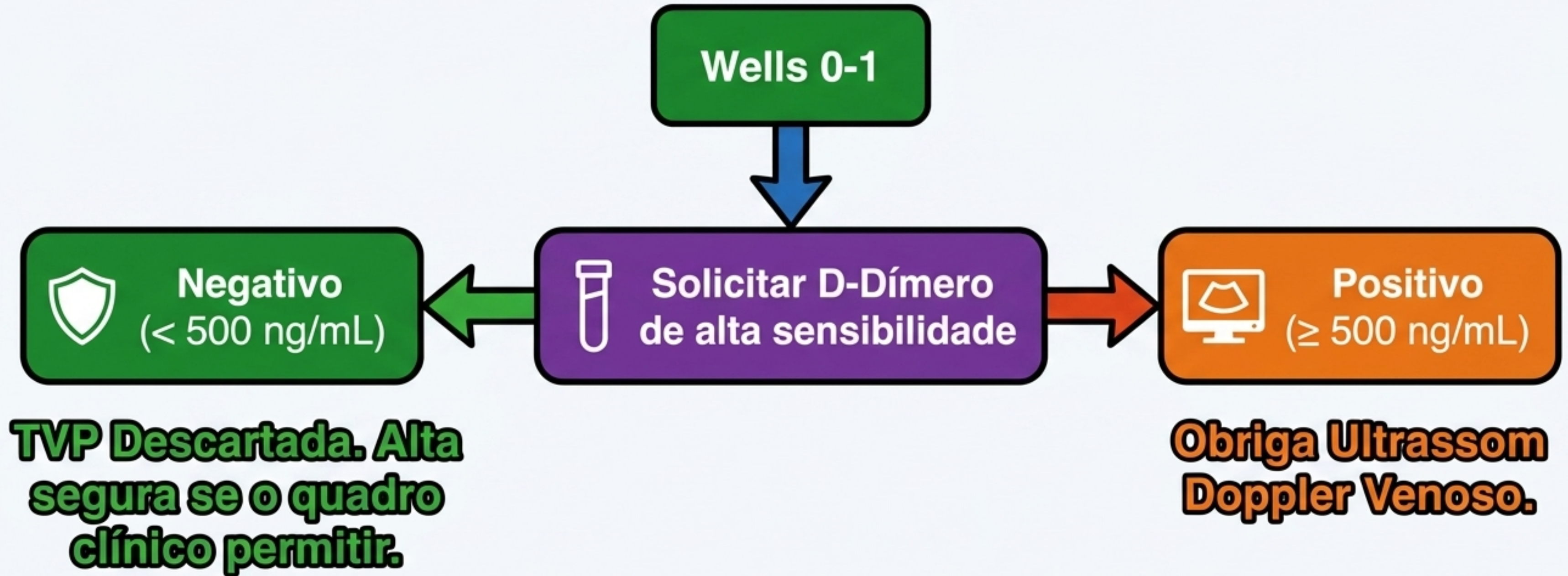
A estratificação obrigatória: Escore de Wells

Critério	Pontos
Câncer ativo	+1
Imobilização/Paresia de membro	+1
Restrito ao leito ≥ 3 dias ou cirurgia < 4 sem	+1
Dor no trajeto venoso profundo	+1
Perna inteira edemaciada	+1
Panturrilha ≥ 3 cm maior	+1
Edema depressível (cacifo)	+1
Veias colaterais superficiais	+1
TVP prévia	+1
Diagnóstico alternativo tão ou mais provável que TVP	-2

**0 a 1 ponto =
Baixa Probabilidade
(TVP improvável)**

**≥ 2 pontos =
Moderada/Alta Probabilidade
(TVP provável)**

O fluxo diagnóstico: Baixa Probabilidade (Wells <2)



Atenção! D-dímero positivo NÃO confirma trombose. Ele aumenta naturalmente com infecções, câncer, gestação, trauma e idade.

A via rápida: Moderada ou Alta Probabilidade (Wells ≥ 2)

Wells ≥ 2

Pular o D-Dímero



Ultrassom Doppler
Venoso Direto
(Exame Padrão-Ouro)



Positivo
(TVP Confirmada)

Iniciar Tratamento
Imediato.



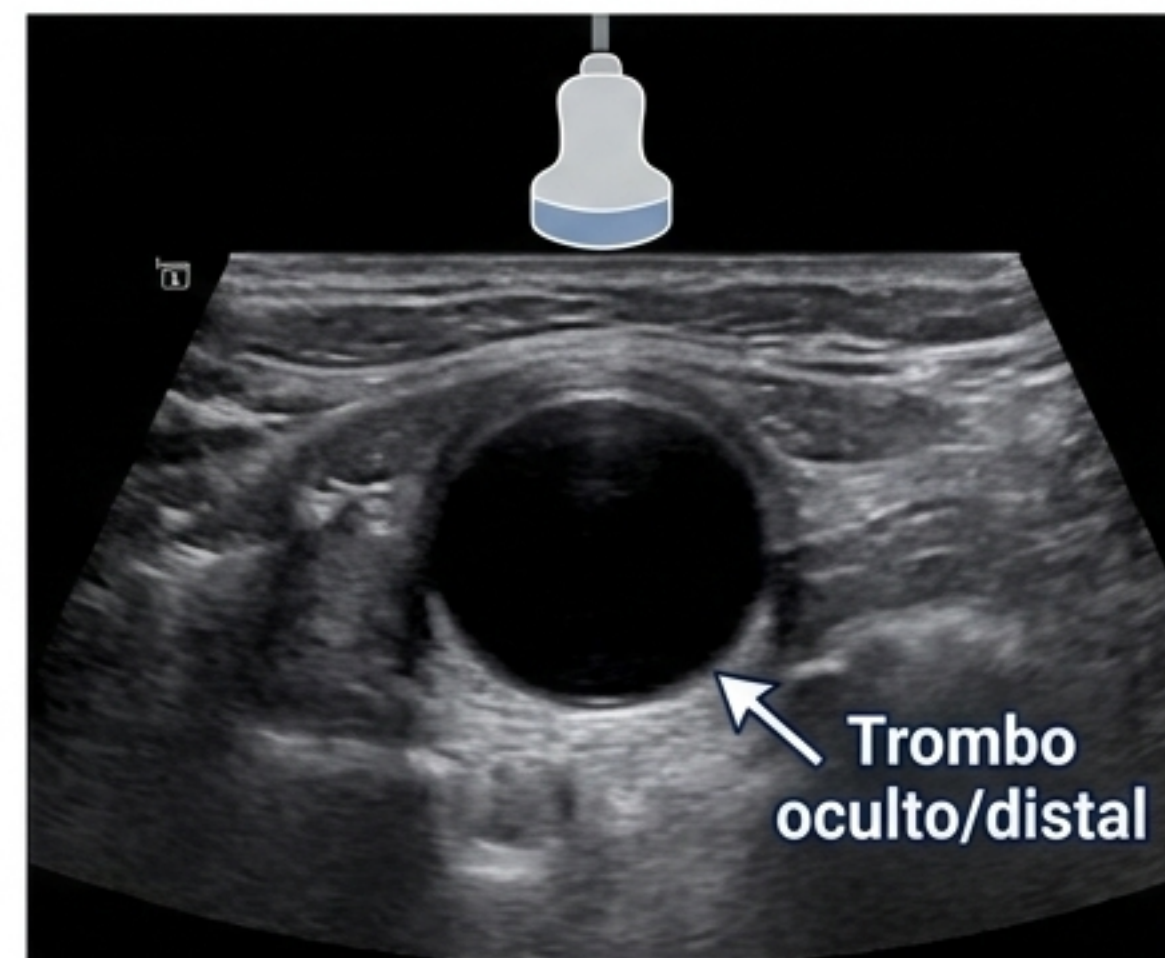
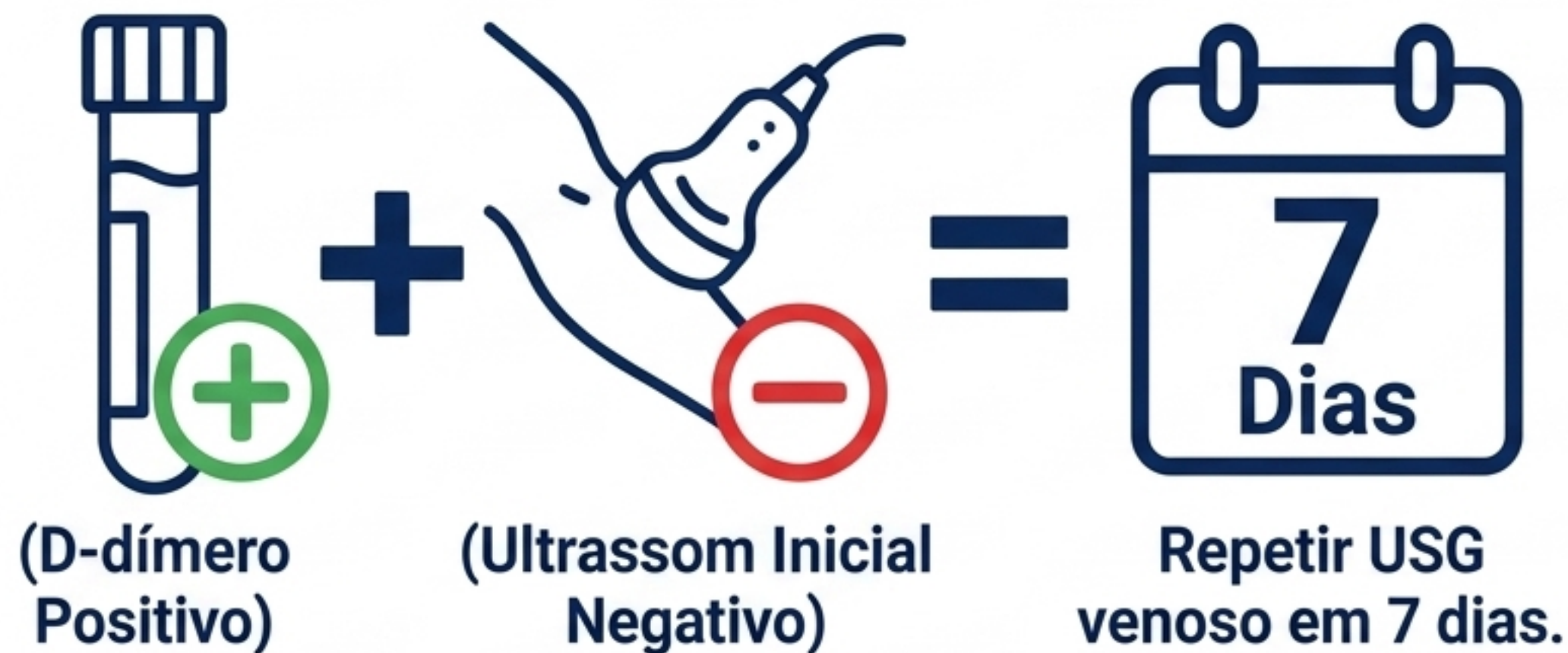
Negativo

Discutir caso / Reavaliar.



Se o ultrassom for demorar e a probabilidade clínica for muito alta, avaliar o início de **anticoagulação interina** (se não houver contraindicação ou risco de sangramento).

O paradoxo da imagem: Sangue positivo, USG negativo



- Um USG normal baseia-se na total compressibilidade da veia.
- Se o sangue indica degradação de fibrina, mas o ultrassom inicial não viu o trombo, ele pode ser oclusivo parcial ou muito distal.
- A repetição em uma semana garante a exclusão segura de propagação do trombo.

Quando o alarme toca: Sinais de Regulação Imediata



TEP

Dispneia, dor torácica pleurítica, **hemoptise**, **síncope**, **hipotensão** ou **hipoxemia**.



Flegmasia Cerúlea Dolens

Edema **maciço**, **cianose**, dor **isquêmica** e risco de perda do membro.



Sangramento / Risco

Sangramento ativo, plaquetopenia grave ou instabilidade hemodinâmica.

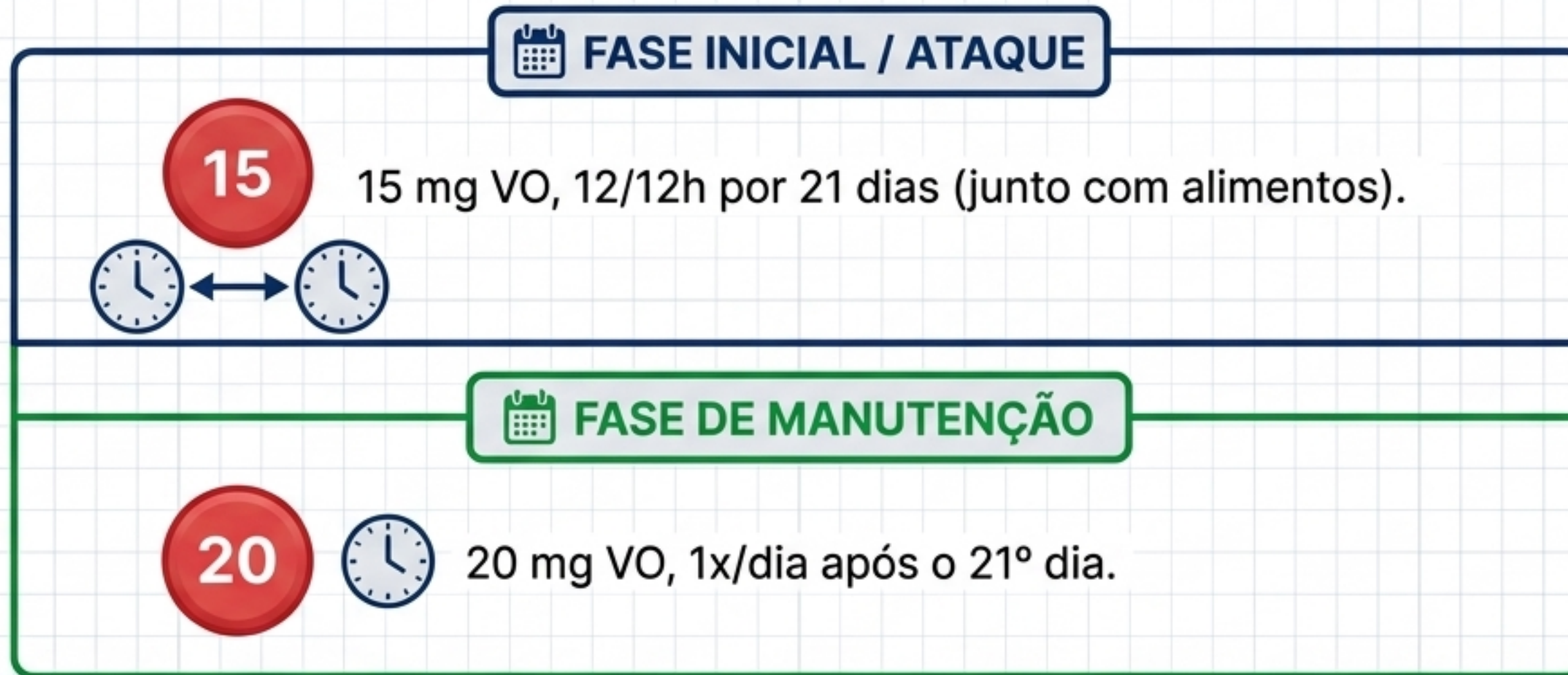


Conduta

Regulação emergencial / Transferência hospitalar com avaliação vascular. Não manejar isoladamente na APS.

Tratamento Moderno: Anticoagulantes Orais Diretos (DOACs)

Rivaroxabana (Opção preferencial se elegível e disponível)



✓ **Vantagens:** Não exige ponte com heparina. Não precisa monitorar RNI. Tratamento ambulatorial possível.

⌚ **Duração:** Mínimo absoluto de 3 meses.

A via tradicional e situações especiais

Enoxaparina



Dose: 1,5 mg/kg SC, 1x ao dia (ou 1 mg/kg 12/12h).

Especial: É o anticoagulante de escolha/mais seguro para gestantes. Ajustar em insuficiência renal grave.

Varfarina



Dose: 5 a 10 mg VO ao dia.

Obrigatório: Exige ponte com Heparina (Enoxaparina) até o RNI atingir alvo terapêutico (2,0 a 3,0) por dois exames consecutivos.

Atenção: Controle difícil, sofre forte interação alimentar e medicamentosa.

Segurança antes da alta: Risco vs. Benefício



Não Anticoagular / Encaminhar

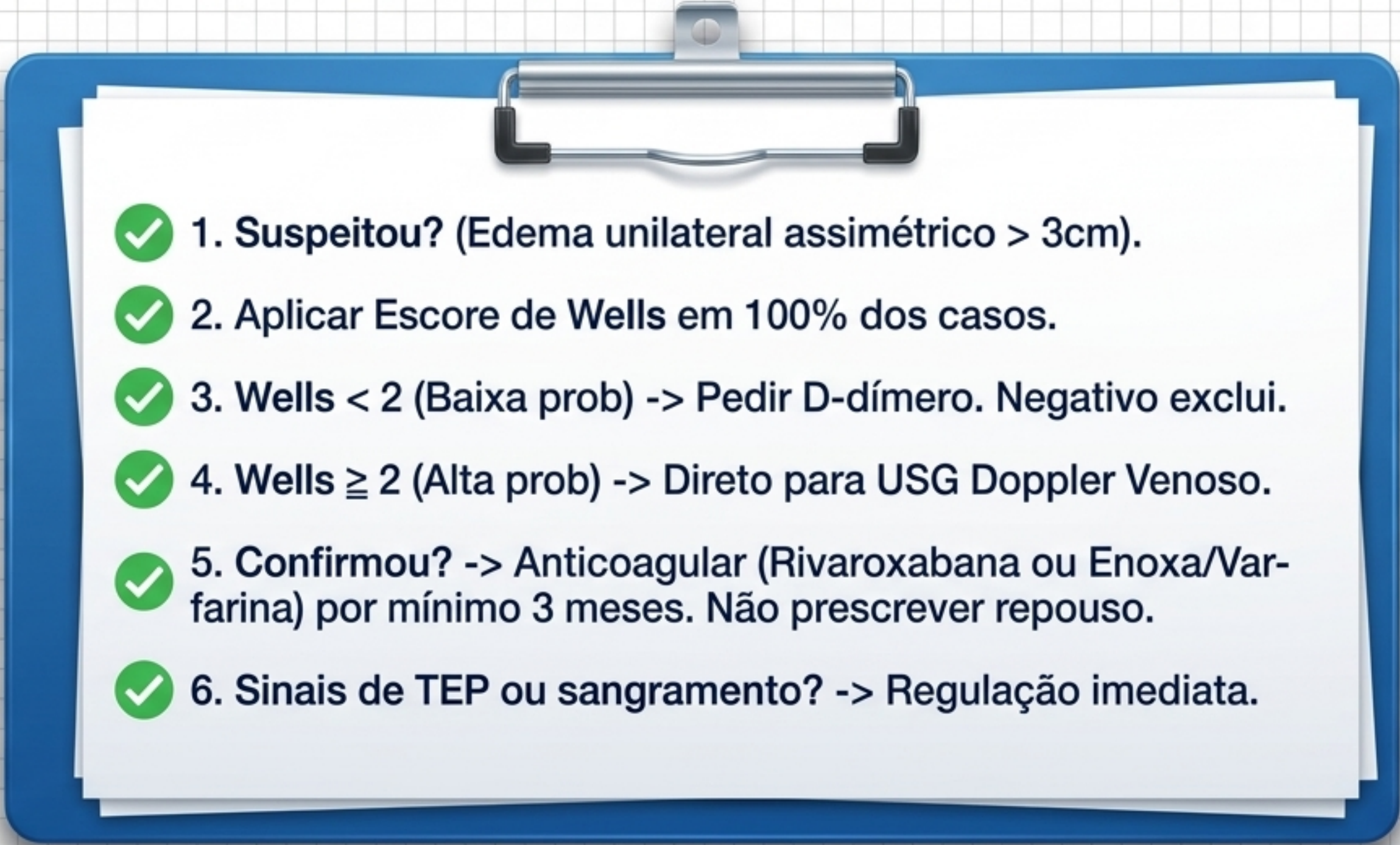
- **Idade > 65 anos** associada a **fragilidade**
- **AVC hemorrágico prévio ou sangramento ativo**
- **Plaquetopenia, Insuficiência Renal ou Hepática grave**
- **Checar:** Hemograma, Creatinina, TGO/TGP, TP/TTPa.



Medidas Adicionais

- **Deambulação precoce:** Estimulada assim que anticoagulado (Repouso absoluto NÃO é indicado).
- **Atenção Local:** Seguir rigorosamente o protocolo municipal e a disponibilidade de fármacos da rede de Itariri-SP.

O Resumo de Bolso: Checklist de Atendimento

- 
- ✓ 1. Suspeitou? (Edema unilateral assimétrico > 3cm).
 - ✓ 2. Aplicar Escore de Wells em 100% dos casos.
 - ✓ 3. Wells < 2 (Baixa prob) -> Pedir D-dímero. Negativo exclui.
 - ✓ 4. Wells $\geq$ 2 (Alta prob) -> Direto para USG Doppler Venoso.
 - ✓ 5. Confirmou? -> Anticoagular (Rivaroxabana ou Enox/Varfarina) por mínimo 3 meses. Não prescrever repouso.
 - ✓ 6. Sinais de TEP ou sangramento? -> Regulação imediata.

Diagnóstico precoce salva vidas. Na dúvida da emergência, proteja o paciente