

Anticoagulação na TVP: decisão, dose e vigilância

Tratamento seguro no Pronto Atendimento e APS



**Diretriz prática para médicos,
enfermeiros e técnicos de Itariri-SP**

O Risco da Doença

- Tromboembolismo Pulmonar (TEP) fatal
- Progressão do trombo
- Síndrome pós-trombótica (insuficiência venosa crônica)



O Risco do Tratamento

- Hemorragia maior
 - Sangramento intracraniano ou gastrointestinal

A anticoagulação é um risco calculado. A decisão final exige julgamento clínico individualizado e adesão ao protocolo municipal vigente.

Avaliação Pré-Anticoagulação

ATENÇÃO: A prescrição segura exige avaliar peso, função renal, cenário clínico atual e o prot protocolo da rede municipal.



Estabilidade Clínica: Sinais vitais, ausência de sinais de TEP grave ou isquemia do membro.



Exames Essenciais (Não atrasar a regulação se indisponíveis):
Hemograma (Plaquetas), Creatinina (eTFG), TGO/TGP/Bilirrubinas, TP/INR, TTPa.



Teste de Gravidez: beta-hCG para pessoas com possibilidade de gestação.



Dados do Paciente: Peso exato (fundamental para cálculo de dose).

Contraindicações e Alto Risco de Sangramento



Coluna 1

- ⚠ - Sangramento ativo clinicamente significativo.
- ⚠ - Anemia importante ou plaquetopenia severa.
- ⚠ - Hipertensão grave não controlada.

Coluna 2

- ⚠ - AVC hemorrágico prévio ou recente.
- ⚠ - Trauma de alto risco recente.
- ⚠ - Cirurgia de grande porte recente.

Sugestão de Conduta: Pacientes com TVP confirmada ou alta probabilidade, mas com alto risco de sangramento: NÃO iniciar anticoagulação empírica na unidade básica. Encaminhar imediatamente para especialista / regulação.

Arsenal 1: Enoxaparina

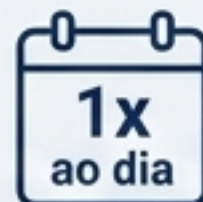
Heparina de Baixo Peso Molecular
(HBPM) - Padrão Parenteral



Mecanismo

Ação rápida, não exige ponte inicial.
Aplicação exclusivamente subcutânea.

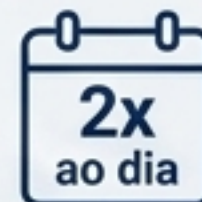
Esquemas de Dosagem



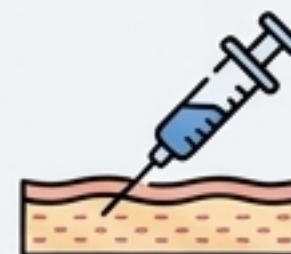
1,5 mg/kg SC,
1x ao dia



OU



1 mg/kg SC, a
cada 12 horas



Atenção Clínica

Ajuste obrigatório na Insuficiência Renal Grave
(Clearance de Creatinina < 30 mL/min).

Monitorar plaquetas pelo risco de
trombocitopenia.

Arsenal 2: Heparina Não Fracionada (HNF)

Alternativa Parenteral

Esquema de Dosagem (Protocolo SC de Alta Dose)



Dose de Ataque:
333 UI/kg SC



Dose de Manutenção:
250 UI/kg SC, a cada
12 horas



Indicação:

Usada principalmente no Pronto-Socorro quando a Enoxaparina está indisponível ou possui contraindicação absoluta.



Atenção Clínica:

Exige monitorização clínica rigorosa. Possui risco significativamente maior de sangramento e trombocitopenia se comparada à HBPM.

Arsenal 3: Rivaroxabana

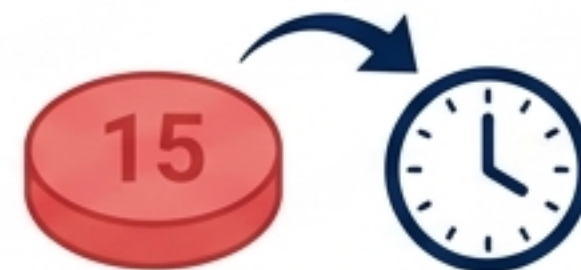
Anticoagulante Oral Direto (DOAC) - Simplifica o Tratamento



Confirmação Green

Fase Inicial

15 mg VO, a cada 12 horas
por 21 dias



Manutenção

20 mg VO, 1x ao dia
(com alimento)



Vantagens:

Simplifica o tratamento.
Não exige ponte com heparina.
Não exige controle laboratorial de INR.



Atenção Clínica:

Exige avaliação regular da função renal.
A eficácia depende da aderência estrita do paciente
ao horário e uso com alimentos na manutenção.

Arsenal 4: Varfarina

Antagonista da Vitamina K - Requer Alta Vigilância

Esquema de Dosagem

Dose Inicial de Referência:

5 a 10 mg VO ao dia

Alvo Terapêutico Rigoroso:



INR = 2,0 a 3,0

A Ponte Obrigatória

Exige uso simultâneo de Heparina (HBPM ou HNF) nos primeiros dias. Suspende a heparina APENAS quando o INR atingir a meta terapêutica (2,0 – 3,0).



Desvantagens

Alto risco de instabilidade. Interage fortemente com dietas ricas em Vitamina K (folhas verdes) e múltiplos. Controle ambulatorial extremamente difícil.

Populações Especiais: Gestação e Lactação



A Escolha Segura (Padrão-Ouro)

Enoxaparina (HBPM)

É o anticoagulante de escolha na gestação. Eficaz e com melhor perfil de segurança comprovado para a mãe e o feto.

O Que Evitar (Contraindicados na APS)

DOACs (Rivaroxabana) e Varfarina

NÃO DEVEM ser sugeridos empiricamente na unidade básica. Possuem severas restrições e riscos fetais/teratogênicos comprovados.

O manejo de TVP em gestantes exige urgência e FLUXO OBSTÉTRICO ESPECIALIZADO. Acione a regulação imediatamente.

Populações Especiais: Disfunção Orgânica



Doença Renal Crônica (DRC)

- Os fármacos dependem fortemente de eliminação renal (especialmente Enoxaparina e Rivaroxabana).
- **Ação:** Exige ajuste minucioso de dose ou contraindicação absoluta dependendo da Taxa de Filtração Glomerular (eTFG / CrCl).



Hepatopatia Grave

- Maior risco basal de sangramento severo devido à coagulopatia hepática e plaquetopenia associada.
- **Ação:** Evitar absolutamente a prescrição empírica na emergência primária.



Conduta de Ouro: Pacientes com disfunção orgânica severa fogem da prescrição padrão. Discuta o caso com o especialista e siga o protocolo municipal de encaminhamento.

Populações Especiais: Câncer e Interações

Alto Risco de Trombose
(Estado Pró-trombótico do Tumor)



Alto Risco de Hemorragia
(Efeito da Quimioterapia/Plaquetopenia)



Conduta Oncológica: A escolha (frequentemente HBPM ou DOACs) depende do tipo de tumor e do protocolo oncológico ativo. Evite decisões isoladas.



Interações Medicamentosas (O Quebra-Cabeça)

- Sempre cheque a prescrição atual do paciente antes de prescrever!
- Atenção máxima ao uso concomitante de antiplaquetários (AAS, Clopidogrel).
- Cuidado com AINEs e medicamentos de uso crônico que afetam a metabolização hepática (citocromo P450).

Duração do Tratamento e Manejo Físico

Duração padrão mínima para um **primeiro episódio de TVP** provocada.

Dia 1

3
Meses

Prazo Indefinido: A decisão de estender o tratamento (recorrência, câncer) será tomada pelo especialista.

Manejo Físico do Paciente



✗ MITO ULTRAPASSADO

Repouso absoluto no leito previne a embolia do trombo.

✓ CONDUTA MODERNA

Deambulação precoce! Assim que o paciente estiver clinicamente estável e anticoagulado, encoraje a caminhada conforme tolerância.

Transição Segura: Alta e Vigilância



O que garantir na Alta (Checklist)

- ✓ - Prescrição médica completa, com dosagem clara e horários escritos por extenso.
- ✓ - Data de retorno na APS ou encaminhamento vascular/ambulatório agendado.
- ✓ - Solicitação em mãos de exames de controle (ex: função renal, INR se aplicável).



Sinais de Alarme (Retorno Imediato ao PS)

- ! - Sangramento vivo (Hematêmese, hematoquezia, melena, hematúria).
- ! - Cefaleia súbita, intensa e atípica.
- ! - Qualquer queda, trauma craniano ou episódio de síncope.
- ! - Falta de ar súbita ou dor torácica (Sinais clássicos de TEP).

Caso Clínico Integrado: Sala Vermelha Itariri



Cenário Prático:

Paciente, 44 anos, no 10º dia pós-operatório de cirurgia pélvica. Chega à emergência com edema assimétrico e dor na panturrilha esquerda. O Ultrassom Deolocal confirma TVP proximal. Paciente clinicamente estável, sem sangramentos ativos, função renal normal.

Desafio: Qual a conduta inicial mais adequada na unidade antes da alta?

A) Orientar repouso absoluto por 7 dias no leito e prescrever apenas meias de compressão.

B) Iniciar Rivaroxabana 15mg 12/12h (se disponível) ou Enoxaparina 1,5mg/kg e programar seguimento.

C) Prescrever Varfarina 5mg isolada, liberar para casa e solicitar retorno em 1 semana.

Gabarito: Resposta B

O tratamento precoce com DOAC ou HBPM é fundamental. A Rivaroxabana simplifica a transição para alta. **Lembre-se:** Varfarina isolada é contraindicada (efeito pró-trombótico inicial) e o repouso absoluto é um mito prejudicial.