

Clinica Médica

PROFILAXIA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

Em 1998, foi publicada uma revisão das diretrizes a respeito de diversos aspectos relacionados à anticoagulação¹. Recentemente, uma atualização destas diretrizes veio a ser publicada².

Recomendações principais:

A) Indivíduos submetidos a cirurgia geral com:

Baixo risco de tromboembolismo – neste grupo não há evidência para se realizar profilaxia (recomendação nível IC; neste nível tal recomendação pode mudar a partir de estudos com evidências mais fortes).

Risco moderado – neste grupo recomenda-se heparina não fracionada em baixa dose, heparinas de baixo peso, compressão intermitente de membros inferiores ou meias elásticas (evidência IA; recomendação feita a partir de estudos randomizados, com forte evidência).

Alto risco – neste grupo recomenda-se heparina não fracionada ou heparina de baixo peso (evidência IA). Nas orientações publicadas em 2001, profilaxia com compressão intermitente também é considerada evidência IA. Nos indivíduos com tendência a sangramento, o método mecânico de profilaxia é preferido.

Risco altíssimo – neste grupo combina-se método farmacológico e compressão intermitente de membros inferiores (evidência IC).

B) Indivíduos submetidos a cirurgias eletivas de quadril – a profilaxia recomendada é heparina de baixo peso iniciada 12 horas antes do procedimento, ou anticoagulante por via oral (INR 2,0 a 3,0) imediatamente após a cirurgia (recomendação IA).

C) Indivíduo submetido a cirurgias de joelho – é recomendado heparina de baixo peso, anticoagulante por via oral ou compressão intermitente (IA de recomendação). Nos casos de fratura de bacia o uso pré-operatório de heparina de baixo peso ou anticoagulante oral (INR 2,0 a 3,0) é recomendação IB em 2001.

D) Nas condições clínicas de IAM e AVC isquêmico – o uso de heparina em baixa dose ou anticoagulação plena tem recomendação IA (1998/2001). Havendo contra-indicação

para anticoagulação, métodos mecânicos têm indicação IC em 2001.

E) Pacientes com ICC e /ou BCP ou em outras condições clínicas que apresentem fator de risco para TVP (câncer, p.ex) – a recomendação de profilaxia com heparina de baixo peso ou fracionada recebe recomendação IA em 2001.

Recomendações especiais para cirurgias ginecológicas e urológicas aparecem na revisão de 2001.

Comentário

A discussão a respeito da realização de profilaxia para tromboembolismo venoso baseia-se no fato de que tal doença pode apresentar-se clinicamente de maneira silenciosa, de sua alta prevalência entre pacientes hospitalizados e da alta probabilidade de graves complicações clínicas decorrentes desta patologia. É incorreto aguardar sintomas, confiar nas técnicas diagnósticas para depois tratar o paciente, a profilaxia é o melhor caminho. Assim, todo hospital deve desenvolver uma estratégia formal de prevenção de tromboembolismo.

Em ambas revisões, os pacientes clínicos com doenças que aumentam o risco de tromboembolismo continuam a ser abordados de forma superficial sendo o principal enfoque dado aos pacientes cirúrgicos.

CARLOS ALBERTO BALDA

Referências

1. Clagett GP, Anderson FA Jr, Geerts WH, Heit JA, Knudson M, Lieberman JR, et al. Prevention of venous thromboembolism. Chest 1998; 114:531S-60S.
2. Geerts WH, Heit JA, Clagett GP, Pineo GF, Colwell CW, Anderson FA Jr, et al. Prevention of venous thromboembolism. Chest 2001; 119:132S-75S.

Emergência e Medicina Intensiva

DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA CORONARIANA AGUDA

Em março de 2002, o American College of Cardiology e a American Heart Association publicaram a atualização nas diretrizes para tratamento de angina instável / infarto

do miocárdio sem elevação do segmento ST. Os pontos principais de mudança foram a estratificação precoce de risco na admissão ao hospital e o uso dos antitrombóticos e antiplaquetários.

Comentário

A estratificação precoce de risco no portador de síndrome coronariana aguda sem supradesnível do segmento ST (SCA SSST) baseou-se em dados do estudo TIMI IIB, validados por outros três grandes estudos multicêntricos – ESSENCE, TACTICS-TIMI 18 e PRISM-PLUS. Nesse score são incluídas sete variáveis (idade > 65 anos, > três fatores de risco para doença coronária, obstrução coronária conhecida >50%, alteração dinâmica do segmento ST, > dois episódios de dor nas últimas 24 horas, uso de ácidoacetilssalicílico (AAS) nos últimos sete dias e detecção de marcadores de necrose miocárdica), usadas com mesma pontuação como preditoras do risco de eventos adversos – morte, (re) infarto ou isquemia grave / recorrente necessitando revascularização miocárdica (RM) de urgência. O risco de evento adverso é diretamente proporcional à pontuação, variando de 5% até 41%. Essa estratificação identifica pacientes de alto risco, os quais terão maior benefício com o uso das novas terapias como heparina de baixo peso molecular (HBPM) e inibidores de glicoproteína IIb/IIIa. (IGP IIb/IIIa)

O clopidogrel passa a ser considerado, a partir dessa diretriz, o antiplaquetário de escolha para pacientes com SCA SSST com contra-indicação para uso de AAS ou para utilização em pacientes de alto risco, em associação ao AAS. O clopidogrel deve ser mantido por no mínimo um mês, sendo obrigatória a suspensão 5 a 7 dias antes de uma cirurgia de RM planejada.

Os IGP IIb/IIIa têm indicação precisa nas SCA SSST em associação ao AAS e heparina não fracionada (HNF) naqueles pacientes em que o cateterismo e angioplastia estão planejados. É considerada provavelmente benéfica a associação de tirofiban, AAS e HBPM ou HNF em casos de isquemia refratária, elevação de troponina ou outros critérios de alto risco nos quais a estratégia invasiva não está planejada. Além disso, é provavelmente benéfico seu uso (tirofiban ou abixicimab) nos pacientes em uso de heparina, AAS e clopidogrel, nos quais o cateterismo e a angio-