



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 23 • Dezembro 2012

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Editorial

Carlos Pereira Alves

Professor de Cirurgia Jubilado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Prevenção do Tromboembolismo Venoso (TEV) em Cirurgia

A necessidade de prevenção do TEV, designação que engloba a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP), nos doentes hospitalizados é hoje inquestionável, face à sua grande incidência, muito superior a que cada médico passa a inferir da sua prática clínica à sua mortalidade resultante da EP e à sua morbidade traduzida no síndrome postrombótico e na hipertensão pulmonar crónica, mas principalmente porque a EP é hoje reconhecida como uma das principais causas de morte hospitalar evitável.

Faz hoje parte das normas e procedimentos de qualquer hospital certificado a existência de regras de prevenção do TEV, tal como as regras de profilaxia antibiótica. Todos os doentes admitidos no hospital devem ser avaliados nos seus factores de risco de TEV e de risco hemorrágico e em função dessa avaliação serem tomadas as medidas de prevenção adequadas.

A decisão de não fazer prevenção deve ser anotada no processo clínico do doente.

Durante o internamento os doentes devem ser reavaliados, pois a situação clínica pode alterar-se.

A necessidade da prevenção do TEV para os doentes internados para a cirurgia é ainda mais premente.

De facto o risco de TVP pós operatória sem medidas de prevenção é de cerca de 30% na cirurgia abdominal, valores que sobem para 40 a 70% na cirurgia oncológica.

Na cirurgia ortopédica estes valores são ainda maiores, com 40 a 60% na cirurgia de artroplastia electiva e fractura da anca, e de 50 a 90% na artroplastia electiva do joelho.

No internamento de doentes médicos os valores são em média de 20%.

Os factores de risco de TEV nos doentes submetidos a cirurgia com internamento são inúmeros, facto que torna por vezes difícil a sua memorização e estarem presentes na altura do internamento para decisão de prescrever ou não medidas de prevenção.

O pensar estes factores de risco em função da classe tríade de Virchow, ou seja pensar se estão presentes factores que levam a **imobilização** (p.ex. doentes acamados longo tempo, imobilização pós operatória superior a 2/3 dias, anestésias superiores a 2 horas, aplicação de gessos, viagens de longo curso), **factores de hipercoagulação**



(p. ex. cirurgia oncológica ou cancro activo, trombofilia, gravidez medicamentos com estrogénios) ou factores com efeito sobre o **endotélio venoso** (p. ex. compressão extrínseca tumoral ou inflamatória ou traumatismo venoso directo), é uma abordagem pratica que costumo sugerir aos alunos e internos, acrescentando ainda que a idade é um factor global de risco.

Tal raciocínio nem sempre é lembrado e está presente, resultando daí, que apesar da necessidade de fazer prevenção do TEV ser por todos reconhecida, a prática clínica revela que a sua prescrição é ainda altamente por defeito.

Corrigir esta prescrição por defeito, tem estado na origem da construção de modelos indicativos da necessidade de prevenção.

Um destes modelos é o de Caprini e col.

Na nossa opinião, tal modelo pretendendo ser muito exaustivo em relação aos factores de risco, corre o risco de por tal facto ser usado por defeito.

Foi nesta linha de pensamento que o Capítulo de Cirurgia Vasculiar e os seus elementos coordenadores (Pereira Alves, Costa Almeida, Pratas Balhau e Luís Silveira) elaboraram um protocolo que se pretendia fácil e reprodutível, já que considera factores de risco “major “ frequentes, como factores em que cada um “per si”, indica prevenção activa, a saber: doente operado com internamento e idade superior a 60 anos, antecedentes de TEV, cirurgia oncológica, cirurgia com duração previsível superior a 2 horas, com morbilidades que classificam o doente como ASA III/IV (sendo que os ASA II, devem ser considerados caso a caso), e obesidade mórbida.

Como factores de risco moderado consideram-se a cirurgia com a duração entre 1 e 2 horas e um pós operatório com um internamento superior a 2 dias.

Se nenhum destes factores estivesse presente o doente era classificado como baixo risco.

Em todos os doentes internados se recomenda que os tempos de internamento sejam apenas os clinicamente necessários, bem como deambulação precoce.

A prevenção do TEV é feita com HBPM, numa dose subcutâneo dia, iniciada 8 a 12 horas antes da cirurgia, com a posologia sugeridas pelos fabricantes e constantes no protocolo.

Nos últimos anos foram avaliados em extensos ensaios clínicos novos anticoagulantes por via oral; **o apixabano, o dabigatrano e o rivaroxabano.**

Os resultados dos ensaios clínicos na prevenção em cirurgia ortopédica de artroplastia da anca e joelho em adultos revelaram melhores resultados que a enoxaparina em termos de recorrência da TVP e/ou EP fatal ou não fatal e igual segurança em termos de “hemorragia major” e “não major clinicamente relevante” de acordo com os critérios do ISTH.

Com base nestes resultados estes novos anticoagulantes orais foram autorizados na Europa, para uso na prevenção do TEV, em adultos submetidos a artroplastias da anca ou joelho.

O **apixabano (Eliquis®)**, foi aprovado pelas autoridades em Maio de 2011 e aguarda autorização de introdução no mercado (AIM).

O **rivaroxabano. (Xarelto®) e o dabigatrano (Pradaxa®)** estão já introduzidos no mercado e com participação.



A dose de apixabano é de 1 comp de 2,5 mg 2 vezes por dia com início 12 a 24 horas após a cirurgia e durante 32 a 38 dias na cirurgia da anca e 10 a 14 dias na cirurgia do joelho.

A dose de rivaroxabano é de 10 mg uma vez ao dia, administrando a 1ª dose, 6 a 10 horas após a cirurgia e com uma duração de 5 semanas na cirurgia da anca e de 2 semanas na cirurgia do joelho.

O dabigatrano deve ser administrado 1 a 4 horas após a cirurgia na dose de 1 cápsula de 110 mg seguidas de 2 cápsulas em toma única, nos dias seguintes e durante 28 a 35 dias na cirurgia da anca e 10 dias na cirurgia do joelho.

Dado 80% do dabigatrano ser excretado inalterado pelo rim, deve ter-se em conta a função renal para ajuste posológico.

A prescrição de HBPM ou dos novos anticoagulantes orais, podem ser reforçados com o uso de meias elásticas tromboembólicas aquando da alta hospitalar, as quais estão igualmente indicadas como medida de prevenção do TEV, nos casos de risco hemorrágico elevado.

De facto, além da avaliação dos factores de risco do TEV, devem igualmente ser avaliados os factores de risco hemorrágico p. ex. hemorragia activa, plaquetas <a 75.0000, hemofilia conhecida; AVC no mês anterior, doença hepática severa, ulcera péptica activa, varizes esofágicas, punção lombar nas 4 horas anteriores etc., nestes casos, como já dito, recomenda-se o uso de meias elásticas tromboembólicas como prevenção.

O estudo realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Castelo Branco, e agora publicado neste numero da Revista Portuguesa de Cirurgia, analisa a prevenção do TEV em Cirurgia, utilizando dois protocolos:

- o protocolo de Caprini e col;
- o protocolo do Capítulo de Cirurgia Vascular da Sociedade Portuguesa de Cirurgia.

Este estudo é para o Capítulo de Cirurgia Vascular, motivo de grande satisfação.

Por um lado, porque revela que o objectivo do Capítulo de chamar a atenção (*call for action*) para a necessidade de prevenção do TEV em cirurgia, está a ser alcançado.

Por outro, os resultados obtidos com o uso dos dois protocolos, mostram que no protocolo de Caprini, com indicadores mais exaustivos e descritivos, foi maior o número de doentes com indicação para prevenção do TEV, mas ao mesmo tempo foi menor o número de doentes que fizeram essa prevenção.

Apesar da grande limitação de análise destes resultados, devido a englobar amostra referente apenas a 1 mês, e consequentemente muito pequeno o numero de doentes, não deixam de ser resultados curiosos, e que vêm ao encontro do nosso raciocínio prévio .

Por isso, e como nota final, além de estar de parabéns o Hospital Amato Lusitano pela qualidade do trabalho, deixamos o pedido/sugestão de alargarem o estudo ao período de 1 ano / 6 meses.

Correspondência:
CARLOS PEREIRA ALVES
e-mail: carpereiraalves@gmail.com

Data de recepção do artigo:
09-12-2012

