

NOTA TÉCNICA - GESCIR/DUAEC/CATES/SAIS/SES-DF

Assunto: Fluxograma diagnóstico do paciente com suspeita de Trombose Venosa Profunda (TVP) na rede SES/DF

1. DO OBJETIVO

Este documento tem como objetivo apresentar os principais elementos que serão observados para o encaminhamento dos usuários da atenção primária e atenção especializada com suspeita de Trombose Venosa Profunda (TVP) na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal à Cirurgia Vascular.

2. DA CARTEIRA DE SERVIÇO DA SES

No Distrito Federal, os serviços que hoje contam com equipe de cirurgia vascular são IHBDF, HRAN, HRS, HRSM, HRG, HRT, conforme tabela abaixo, onde estão discriminadas, havendo um hiato de atendimento em cirurgia vascular nas regiões Leste e Oeste.

O serviço de pronto-atendimento está presente somente no IHBDF, assim como o de hemodinâmica que hoje, por não atender às demandas de procedimentos arteriais, é complementado pelos serviços do ICDF (contrato 046/2016) e HUB (contrato 001/2016).

REGIÃO	Hospital da Rede SES	Hospital de referência para serviço de vascular em TVP
Região Norte Sobradinho Planaltina	HRS, HRPL	HRS
Centro-norte Asa Norte, Lago Norte, Cruzeiro, Sudoeste	HRAN	HRAN
Centro-sul Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo, Lago Sul, Candangolândia, Guará, Asa Sul	HMIB _____ IHBDF	HRAN _____ IHBDF

Região Sul Santa Maria, Gama	HRSM _____ HRG	HRSM _____ HRG
Região Sudeste Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires	HRT	HRT
Região Leste São Sebastião, Itapoã, Jardim Botânico, Paranoá	HRL	HRAN
Região Oeste Brazlândia, Ceilândia	HRC, HRB	HRT

3. DOS ENCAMINHADORES

Médicos da Atenção Especializada da SES/DF

4. DO ENCAMINHAMENTO

Os pacientes com suspeita de TVP serão inicialmente avaliados pela equipe médica assistente e serão referendados seguindo este fluxograma.

Os serviços demandantes com usuários referenciados à Cirurgia Vascular para parecer deverão fazer contato com a respectiva equipe do hospital receptor, via chefia de equipe, antes do encaminhamento do usuário. É obrigatório o envio de relatório médico com todas as informações do quadro clínico do paciente.

O encaminhamento será realizado no período diurno (segundas a sextas-feiras) em até 72h, mediante agendamento pelo cirurgião vascular após contato prévio, em face de não haver plantonistas à noite ou finais de semana.

Em caso de TVP confirmada o paciente retornará à unidade de origem com plano terapêutico escrito definido pelo Cirurgião Vascular.

Em caso de intercorrências, solicitar novo parecer para a Cirurgia Vascular de referência.

Os casos de suspeita de tromboembolismo pulmonar serão manejados pela pneumologia e seguem fluxograma específico.

4.1. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

I80.1	Flebite e tromboflebite da veia femoral
-------	---

I80.2	Flebite e tromboflebite de outros vasos profundos dos membros inferiores
I80.3	Flebite e tromboflebite dos membros inferiores não especificada
I80.8	Flebite e tromboflebite de outras localizações
I80.9	Flebite e tromboflebite de localização não especificada
I82	Outras embolia e trombose venosas
I82.8	Embolia ou trombose de outras veias não especificadas
I82.9	Embolia ou trombose de veia não especificada

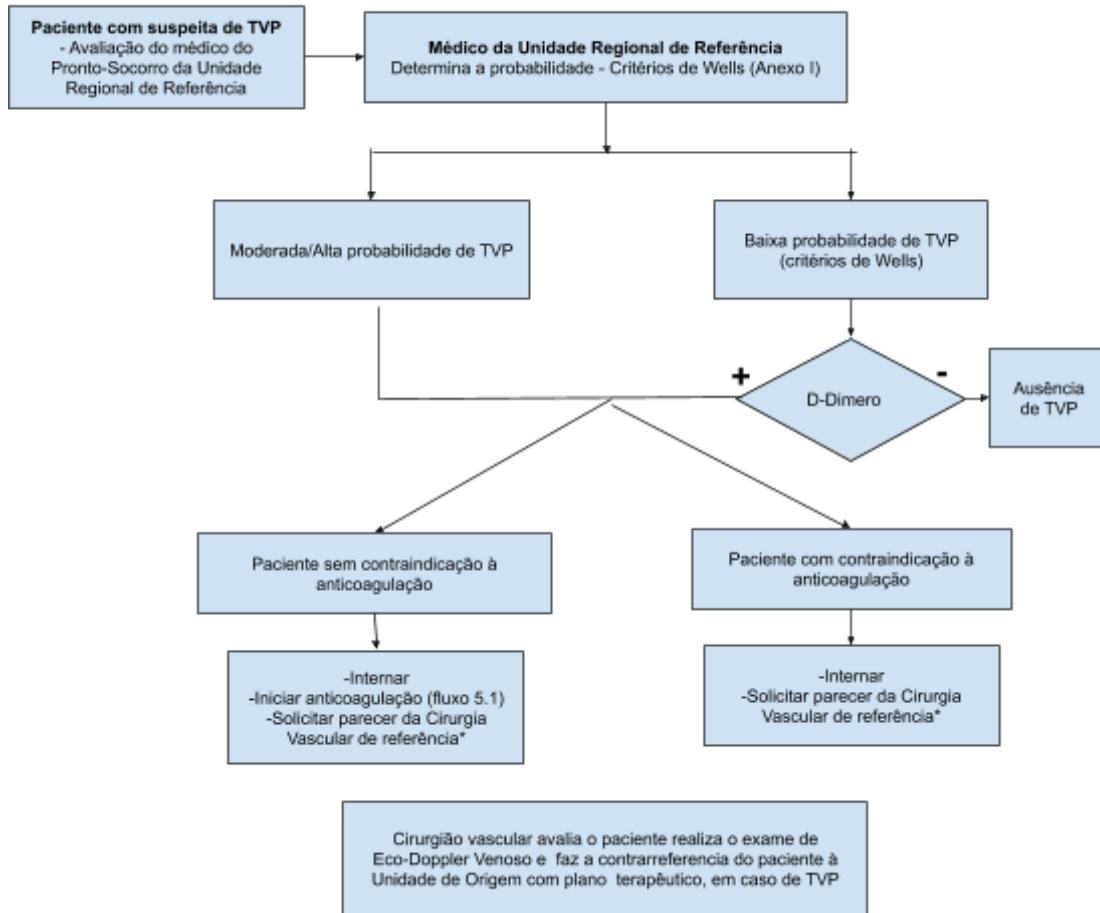
4.2. CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter: idade e sexo, sintomas e sinais detalhados, comorbidades, tratamentos já realizados com especificação do medicamento, dose e tempo, exame físico, exames complementares realizados com data. Orientar ainda que o paciente traga todos os exames já realizados no dia da consulta com o especialista.

5. FLUXOGRAMAS

5.1. FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO: PACIENTE COM SUSPEITA DE TVP - NÃO INTERNADO

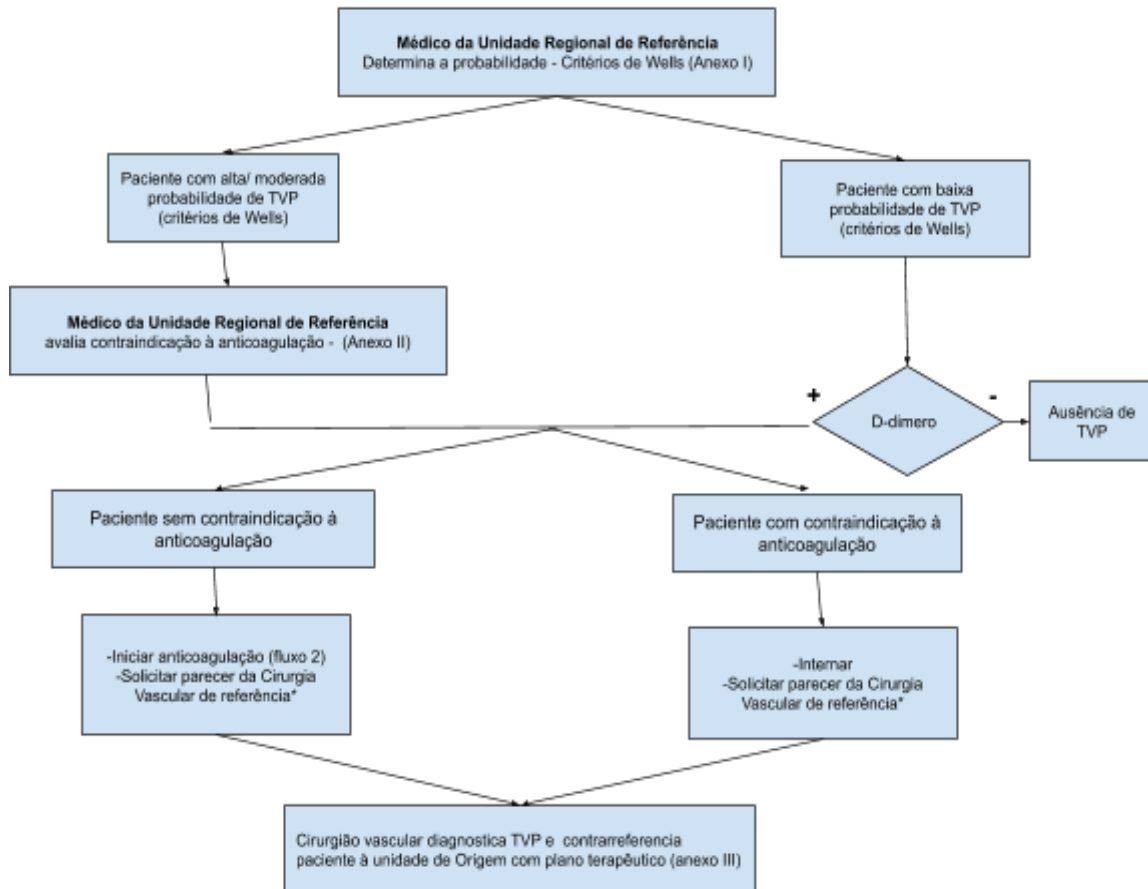
FLUXOGRAMA DIAGNÓSTICO DE TVP NÃO INTERNADO



*Solicitação de parecer será feita por comunicação direta do Médico Assistente à chefia de equipe ou cirurgião vascular do plantão.

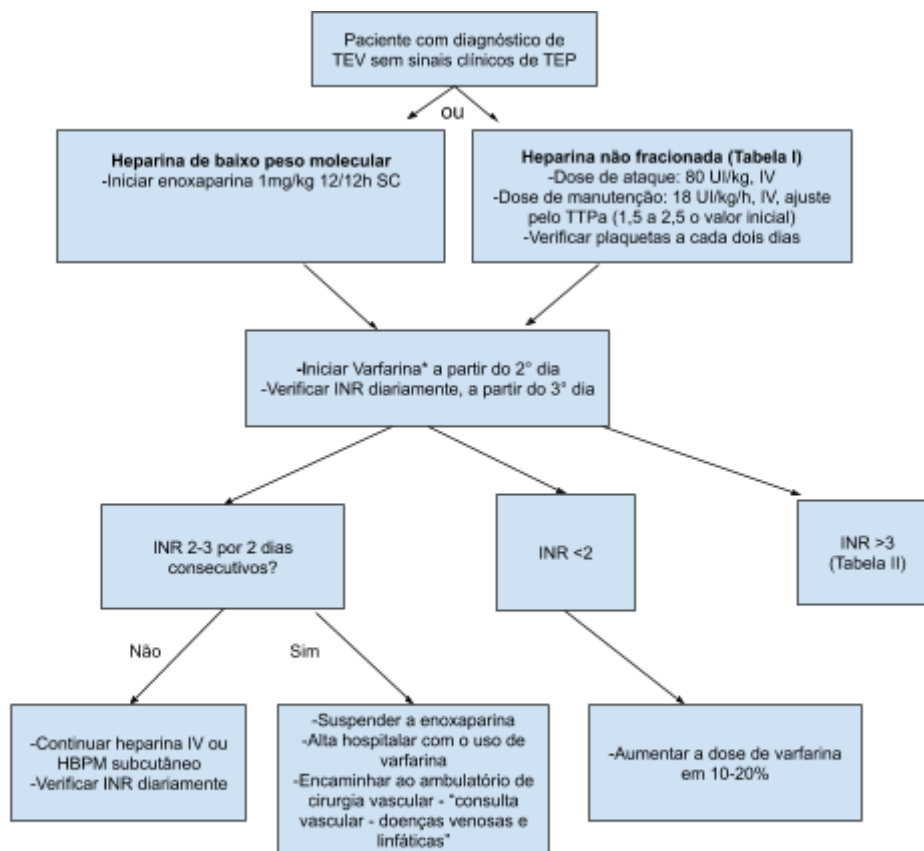
5.2. FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO: PACIENTE COM SUSPEITA DE TVP - INTERNADO

FLUXOGRAMA DIAGNÓSTICO DE TVP INTERNADO



*Solicitação de parecer será feita por comunicação direta à chefia de equipe ou cirurgião vascular do plantão.

5.3. FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO:



*Dose inicial de varfarina: 5-10mg/dia em adultos e ≤ 5mg/dia em pacientes idosos, desnutridos, com insuficiência cardíaca, doença hepática, em pós-operatório de cirurgia de grande porte ou que estejam usando medicação que conhecidamente aumenta a sensibilidade a varfarina (Tabela III)..

6. DA CONCLUSÃO

Por não esgotar todas as ocorrências relacionadas à Trombose Venosa Profunda, os casos não indicados nesta Nota Técnica deverão ser detalhadamente embasados ao médico cirurgião vascular e caso este julgue procedente poderá prosseguir a marcação.

Os encaminhamentos de exames diagnósticos relacionados à Cirurgia Vascular serão tratados em nota técnica específica.

Em tempo oportuno será publicado o Protocolo de encaminhamento da Especialidade de Cirurgia Vascular conforme determinações da Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde (CPPAS) da SES-DF.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Projeto Diretrizes SBACV. Trombose Venosa Profunda. Diagnóstico e tratamento.

<http://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/trombose-venosa-profunda.pdf>

- Musil, Dalibor. (2017). 10th edition of the ACCP guidelines for diagnosis and treatment of venous thromboembolism. 19. 7-9.
- Brito, C.J.; Silva, R.M. - Cirurgia Vascul: Cirurgia Endovascular, Angiologia, 3a ed., Revinter, 2014.
- Maffei FHA. Doenças Vasculares Periféricas. 5ª ed., Guanabara, 2015.
- ALGUIRE, P. C.; MATHES, B. M. Post-thrombotic (postphlebotic) syndrome [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: . Acesso em: 19 mar. 2018.
- CARRIER, M. et al. Screening for occult cancer in unprovoked venous thromboembolism. New England Journal of Medicine, Boston, v. 373, n. 8, p. 697-704, 2015.
- LIP, G. Y. H.; HULL, R. D. Overview of the treatment of lower extremity deep vein thrombosis (DVT) [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 2018. Disponível em: . Acesso em: 19 mar. 2018.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Venous thromboembolic diseases: diagnosis, management and thrombophilia testing. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2012 [atualizado em 2015]. Disponível em: . Acesso em: 19 mar. 2018.
- PRESTI, C. et al. Insuficiência venosa crônica: diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes SBACV. São Paulo: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Cardiovascular, 2015. Disponível em: . Acesso em: 19 mar. 2018.

ANEXO I - ESCORE DE WELLS

Estratifica o risco de trombose venosa profunda em baixa ou moderada/ alta probabilidade de TVP.

Características Clínicas	Pontuação
Neoplasia Maligna tratada nos últimos 6 meses ou sob tratamento paliativo	01
Paralisia, paresia ou imobilização recente dos MMII com gesso	01
Acamamento recente por 3 ou mais dias ou cirurgia maior nas últimas 12 semanas	01
Desconforto localizado ao longo do trajeto do sistema venoso profundo	01
Edema da perna ao joelho	01
Diâmetro da perna edemaciada pelo menos 3 cm superior ao da perna assintomática	01

Edema com sinal de “godet” confinado à perna sintomática	01
Veias superficiais colaterais (não varicosas)	01
TVP prévia documentada	01
Um diagnóstico alternativo é tão provável como a TVP	-02

Probabilidade
> 6: Alta probabilidade de TVP
3-6: Moderada probabilidade de TVP
0-2: Baixa probabilidade de TVP

ANEXO II - CONTRAINDICAÇÃO À ANTICOAGULAÇÃO

ABSOLUTAS	RELATIVAS
Sangramento intracraniano	Cirurgia maior recente
Sangramento grave ativo	Acidente vascular cerebral recente
Cirurgia recente no cérebro, medula espinal ou olhos	Sangramento gastrointestinal ativo
Hipertensão maligna	Hipertensão grave
	Insuficiência renal grave
	Insuficiência hepática grave
	Plaquetopenia grave (plaquetas < 50.000/ mcl)

ANEXO III - ALGORITMO DE DOSE INICIAL E MANIPULAÇÃO DA HEPARINA NÃO FRACIONADA

Dose inicial em bolus	80 – 100 UI/Kg, EV, em bolo
Infusão inicial	18 UI/Kg/Hora, EV

Ajuste da infusão pelo tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA)

Valor medido do PTTA	Ajuste
< 1,2 x controle	80 UI/Kg, EV em bolo + aumentar infusão em 4UI/Kg/h

1,2 - 1,5 x controle	40 UI/Kg, EV em bolo + aumentar infusão em 2 UI/Kg/h
> 1,5 - 2,5 x controle	Não modificar
> 2,5 - 3 x controle	Diminuir a infusão em 2 UI/Kg/h
> 3 x controle	Parar a infusão por 1h + diminuir infusão em 3 UI/Kg/h

ANEXO IV - FORMULÁRIO DE CONTRARREFERÊNCIA - ACOMPANHAMENTO DE TVP

NOME COMPLETO:	
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:

DE:
PARA:
ATENDIMENTO REALIZADO NO DIA: ____/____/____.
MEDICAMENTO ESCOLHIDO:
PLANO DE TRATAMENTO:

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do médico

TABELA II - CONDUTAS NO INR AUMENTADO PARA ANTICOAGULAÇÃO ORAL

Sangramento menor ou ausente		Sangramento maior presente	
INR	CONDUTA	INR	CONDUTA
< 5,0	-Omitir 1 dose de Varfarina*. -Novo INR em 24h. -Reduzir dose semanal em 5-20%, reiniciando quando INR terapêutico**. -Não usar Vitamina K ou Plasma	- Sangramento maior presente	-Suspender Varfarina. -Vit. K 10mg EV lento. -Plasma (PFC). -Controle frequente do INR. -Repetir Vit. K 12/12h se INR permanecer elevado.
5,0 - 9,0	-Omitir 1 ou 2 doses de Varfarina. -Novo INR em 24h. -Reduzir dose semanal em 20%. -Reiniciar quando INR terapêutico. -Usar 1-2,5mg de Vitamina K oral se risco alto de sangramento. -Não usar plasma.	Sangramento maior: -Hemorragia intracraniana, retroperitoneal, intraocular, hematoma muscular com síndrome do compartimento; -sangramento orifical associado a PAS ≤ 90mmHg ou a oligúria ou a queda maior que 2 pontos na hemoglobina	
>9,0	-Suspender Varfarina -Vitamina K 2,5-5mg oral -Novo INR em 24h. -Repetir Vitamina K se não houver normalização do INR em 24-48h. -Reduzir dose semanal em 20% reiniciando quando INR terapêutico. -Não usar Plasma.		

TABELA III - INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS COM A VARFARINA:

MEDICAMENTOS POTENCIALIZADORES			
Esteróides anabólicos	Amiodarona	Amitriptilina/Nortriptilina	Azapropazona
Aztreonam	Benzafibrato	Cefamandol	Cloranfenicol
Hidrato de coral	Cimetidina	Ciprofloxacino	Clofibrato
Cotrimoxazol	Danazol	Destropropoxifeno	Destrotiroxina
Dipiridamol	Eritromicina	Neomicina	Feprazona
Fluconazol	Glucagon	Metronidazol	Miconazol
Oxifenilbutazona	Fenformina	Fenilbutazona	Feniramidol
Quinidina	Salicilatos	Tolbutamida	Sulfonamidas
Tamoxifeno	Triclofos	Diflunisal	Flurbiprofeno

Indometacina	Ácido mefenâmico	Piroxicam	Sulindaco
Cetoconazol	Ácido nalidixico	Norfloxacino	Tetraciclina
Alopurinol	Dissulfiram	Metilfenidato	Paracetamol

MEDICAMENTOS POTENCIALIZADORES E INIBIDORES

Fenitoína	ACTH	Corticosteroides
Colestiramina		

MEDICAMENTOS INIBIDORES

Colestiramina	Sulcrafato	Vitamina K
Aminoglutetimida	Barbiturato	Carbamazepina
Etclorvinol	Glutatimida	Griseofulvina
Dicloralfenazona	Primidona	Rifampicina
Contraceptivos orais		