

Protocolo Anticoagulação SMSA – PBH

2019

INTRODUÇÃO

- Varfarina (Marevan)
 - Antagonista da vitamina K (AVK) → Fatores II, VII, IX e X
 - Altera o tempo de protrombina
 - Aumenta o valor do RNI
 - Diversas interações medicamentosas
 - Sensível à alterações de dieta
 - Apresentação:
 - Comprimidos de 2,5 e 5 mg
 - Efeitos Adversos:
 - Sangramento; Rash; Hepatite; Diarréia; Náuseas; Osteoporose; Desconforto GI
 - Necrose cutânea hemorrágica
 - Contra-indicações:
 - Sangramento ativo
 - Gestação**
 - Cirurgia (SNC; grande porte)



PRINCIPAIS INDICAÇÕES DE ACO

- Tromboembolismo venoso
 - Trombose venosa profunda
 - Tromboembolismo pulmonar
- Fibrilação Atrial
 - Alto risco tromboembólico → CHADSVASC
- Prótese valvar mecânica
 - Diferentes alvos de RNI
- Trombos intracavitários
 - Cardiopatias dilatadas
 - Pós-infarto
 - Doença de Chagas
- Tromboses e oclusões arteriais
- Trombose de seio venoso cerebral
- Trombofilias diversas
 - **Deficiência de proteína C e S**
 - **Deficiência de antitrombina**
 - Sd. Antifosfolípide
 - Outras

PRINCIPAIS INDICAÇÕES DE ACO

- **Tromboembolismo Venoso (TEV)**

- TVP/TEP
- ACO padrão por 3 meses:
 - 1º episódio de TVP distal isolada
 - 1º episódio de TVP/TEP provocada
 - Fator transitório
 - 1º episódio de TVP/TEP não provocada, com alto risco de sangramento
 - 1º episódio de TVP/TEP não provocada, com D-dímero negativo
- Considerar ACO estendida (6, 12 ou 24 meses):
 - TVP proximal/TEP provocada, com baixo a moderado risco de sangramento

- **ACO vitalícia:**

- TVP/TEP recorrente
- 1º episódio de TVP/TEP não provocado, com baixo risco de sangramento e D-Dímero positivo
- TVP/TEP em paciente oncológico
- Desejo do paciente + individualização do caso

FIBRILAÇÃO ATRIAL

- **Fibrilação Atrial** Não-Valvar de Alto Risco Tromboembólico:
 - CHA2DS2VASc ≥ 2 (homens) ou ≥ 3 (mulheres).
- Avaliar contra-indicações:
 - Sangramento ativo;
 - DRC dialítico* (relativa)
- Avaliar risco de sangramento
 - HAS-BLED
- Definir alvo de RNI
 - Padrão = 2,0 - 3,0
 - Prótese valvar mecânica = 2,5 - 3,5

Tabela 2 – (A) Escore de CHA₂DS₂-VASc utilizado para avaliação de risco para fenômenos tromboembólicos em pacientes portadores de fibrilação atrial. **(B)** Taxa ajusta de eventos por ano de acordo com o escore.

(A)

CHA ₂ DS ₂ -VASc	Pontuação
Congestive heart failure/left ventricular dysfunction (ICC/ disfunção ventricular esquerda)	1
Hypertension (hipertensão)	1
Age ≥ 75 yrs (Idade ≥ 75 anos)	2
Diabetes mellitus (diabetes melito)	1
Stroke/transient ischaemic attack/TE (histórico de AVC)	2
Vascular disease (prior myocardial infarction, peripheral artery disease or aortic plaque) (Doença Vascular)	1
Age 65–74 yrs (Idade)	1
Sex category (i.e. female gender) (Sexo feminino)	1

ICC: insuficiência cardíaca congênita; AVC: acidente vascular cerebral.

Tabela 3 – Variáveis clínicas empregadas para identificação de pacientes com risco de hemorragia pelos anticoagulantes orais incluídas no escore HAS-BLED

Risco HAS-BLED	Pontuação
Hypertension (hipertensão)	1
Abnormal renal or liver function (1 point each) (alteração da função renal ou hepática)	1 ou 2
Stroke (AVC)	1
Bleeding (sangramento prévio)	1
Labile INRs (labilidade de RNI)	1
Elderly (e.g. age > 65 years) (idade avançada)	1
Drugs or alcohol (1 point each) (uso de drogas ou álcool)	1 ou 2

AVC: acidente vascular cerebral; RNI: Razão Normalizada Internacional.

PRÓTESES VALVARES

- **Próteses Valvares:**

- Definir alvo de RNI
- Alvo 2,5 - 3,5:
 - Prótese mecânica em posição mitral
 - Prótese mecânica em posição aórtica com fatores de risco:
 - FA
 - Tromboembolismo prévio
 - Disfunção ventricular esquerda
 - Condições hipercoaguláveis
 - Prótese antigas (Bola-gaiola = Star-Edwards; Disco basculante (Bjork-Shilley)
 - Operados antes da década de 80
- Alvo 2,0 - 3,0
 - **Prótese biológica (mitral e aórtica) nos primeiros 3 a 6 meses de pós-operatório, em pacientes com baixo risco de sangramento.**
 - Prótese mecânica em posição aórtica, sem fatores de risco

OCCLUSÃO ARTERIAL e TROMBOFILIAS

- **Oclusão Arterial Aguda**

- Iniciar heparina terapêutica na suspeita diagnóstica (urgência)
- Após revascularização deve-se iniciar ACO
- Tempo padrão de 3-6 meses
- Extensão após 6 meses é controversa
 - Sem dados suficientes na literatura
 - Exceto se existir causa secundária permanente (trombofilia) ou outra indicação formal (FA...)
- Avaliação do angiologista

- **Trombofilias**

- Tendência de restringir pesquisa
- Avaliar histórico familiar
- Trombose de Repetição não provocada
- Trombose em sítios não habituais
- A cargo do Hematologista avaliar pesquisa

TROMBOS CAVITÁRIOS

● Trombos Cavitários

- Trombo em Átrio Esquerdo
 - ACO vitalícia nos casos associados à:
 - FA
 - Estenose Mitral (EM) Reumática Grave
 - Considerar ACO vitalícia para EM Reumática Grave + AE > 55 mm + contraste espontâneo ao ECO
- Trombo em Ventrículo Esquerdo
 - Pós-IAM:
 - Com trombo documentado ou alteração segmentar de contratilidade grave com FEVE < 30% =
 - ACO por 3 meses
 - ACO por > 3 meses se trombo residual

- Trombo em Ventrículo Esquerdo
 - Cardiomiopatia Dilatada / Doença de Chagas:
 - FEVE < 40% + AIT/AVE prévio sem outra causa aparente + sem trombo documentado em VE
 - FEVE < 40% + Ritmo Sinusal + trombo documentado =
 - ACO por 3 meses
 - ACO por > 3 meses se trombo residual

MANEJO INICIAL DA ANTICOAGULAÇÃO

- Definir Dose Inicial:
 - 5 mg/dia na maioria dos pacientes
 - 2,5 mg/dia para casos selecionados:
 - Mulher > 70 anos
 - Homem > 80 anos
 - Desnutridos
 - Doença hepática ou renal
 - Uso de medicamentos que interferem com o AVK
 - Risco elevado de sangramento
- Solicitar exames iniciais:
 - Hemograma completo; função renal; função hepática; beta-HCG (mulher em idade fértil)

Quadro 1 - Faixa terapêutica do RNI

INDICAÇÕES		FAIXA TERAPÊUTICA
TVP/TEP		
Fibrilação atrial		
Trombo em átrio esquerdo		
Valvulopatias	Mitral reumática com FA ou passado de trombose	
	Mitral reumática com ritmo sinusal e AE > 55mm	
	Bioprótese mitral nos primeiros 3 meses de pós-operatório	
	Metálica aórtica: <i>St. Jude bileaflet</i> , <i>CarboMedics bileaflet</i> ou <i>Medtronic Hall tilting disk</i> ritmo sinusal e sem aumento AE	2,5-3,5
	Metálica mitral	
	Metálica aórtica e mitral	
	Metálica com fatores de risco: FA, IAM, aumento AE, dano endocárdio e fração de ejeção baixa	

Quadro 2 - Ajuste da varfarina do 2º ao 7º dia

DIA DE TERAPIA	RNI	DOSE DE VARFARINA (ALVO DE RNI 2-3)	DOSE DE VARFARINA (ALVO DE RNI 2,5-3,5)
2	---	Continuar dose inicial	Continuar dose inicial
	< 1,5	1-1,5 x dose inicial	1,5 x dose inicial
3	1,5-1,9	Continuar dose inicial	Continuar dose inicial
	2,0-2,5	0,5-1 x dose inicial	Continuar dose inicial
	2,6-3,0	0,5 x dose inicial	0,5-1 x dose inicial
	> 3,0	Suspender dose	0,5 x dose inicial
	< 1,5	1,5-2 x dose inicial	2 x dose inicial
4	1,5-1,9	1-1,5 x dose inicial	1,5-2 x dose inicial
	2,0-2,5	Continuar última dose	Continuar última dose
	2,6-3,0	0,75 x dose inicial	Continuar última dose
	3,0-3,5	Suspender dose	Continuar última dose
	> 3,5	Suspender dose	Suspender dose
	< 1,5	2 x dose inicial	2,5 x dose inicial
5	1,5-1,9	1,5-2 x dose inicial	1,5-2 x dose inicial
	2,0-2,5	Continuar última dose	Continuar última dose
	2,6-3,0	0,75 x dose inicial	Continuar última dose
	3,0-3,5	0,5 x dose inicial	Continuar última dose
	> 3,5	Suspender dose	0,75 x dose inicial
	< 1,5	2 x dose inicial	2,5 x dose inicial
6	1,5-1,9	1,5-2 x dose inicial	2 x dose inicial
	2,0-2,5	Continuar última dose	1,5 x dose inicial
	2,6-3,0	Continuar última dose	Continuar última dose
	3,0-3,5	0,75 x dose inicial	Continuar última dose
	> 3,5	Suspender dose	0,75 x dose inicial
	< 2	2 x dose inicial	2,5 x dose inicial
7	2,0-2,5	Continuar última dose	1,5-2 x dose inicial
	2,6-2,9	Continuar última dose	Continuar última dose
	3,0-3,5	0,8-0,9 x dose inicial	Continuar última dose
	> 3,5	0,8 x dose inicial	0,8-0,9 x dose inicial

AJUSTE DO AVK PELO RNI E MONITORAMENTO

- **Freqüência do monitoramento**
 - Determinada pelos valores de RNI ao longo do tempo
 - Pacientes fora da faixa ou com ajustes freqüentes de dose requerem monitoramento mais freqüente até estabilização
 - Por exemplo: 1 ou 2 vezes por semana
 - RNI estável por pelo menos 1 ou 2 semanas
 - Intervalos com menor freqüência = 2 - 4 semanas

Quadro 3 Ajuste de dose de varfarina em função do valor do RNI para alvo terapêutico 2-3

*Se RNI for 1,8 até 1,9 ou 3,1 a 3,2 considerar nenhuma alteração, repetindo o RNI em 7 a 14 dias.

** Por exemplo, se um paciente apresentou 3 RNIs consecutivos dentro da faixa terapêutica, checar novamente em 3 semanas (máximo de intervalo de 4 semanas).

RNI alvo entre 2 – 3		
RNI	AÇÃO	RETORNO (em dias)
1,1 a 1,4	Aumentar a dose em 20%	4 a 8
1,5 a 1,9	Aumentar a dose de 5 a 10%*	7 a 14
2 a 3	Sem alteração	Número de RNI na faixa consecutivos x 1 semana**
3,1 a 3,9	Diminuir a dose em 5 a 10%*	7 a 14
4 a 4,9	Omitir a dose em 1 dia e diminuir a dose em 10%	4 a 8 dias
≥ 5	Ver quadro 5	

Quadro 4 Ajuste de dose de varfarina em função do valor da RNI para alvo terapêutico 2,5-3,5

*** Se RNI for 2,3 a 2,4 ou 3,6 a 3,7 considerar nenhuma alteração, repetindo o RNI em 7 a 14 dias.

** Por exemplo, se um paciente apresentou 3 RNIs consecutivos dentro da faixa terapêutica, checar novamente em 3 semanas (máximo de intervalo de 4 semanas).

alvo entre 2,5-3,5		
RNI	AÇÃO	RETORNO (em dias)
1,1 a 1,4	Aumentar a dose em 10 a 20%	4 a 8
1,5 a 2,4	Aumentar a dose em 5 a 10%***	7 a 14
2,5 a 3,5	Manter a dose	número de RNI na faixa consecutivos x 1 semana**
3,6 a 4,5	Diminuir a dose em 5 a 10%*** e considerar omitir uma dose	7 a 14 dias
4,6 a 5,9	Diminuir a dose em 5 a 15% e omitir 1 a 2 doses	2 a 8 dias
≥ 6	Ver quadro 5	

Quadro 5 Correção da anticoagulação supratrapêutica causada pela varfarina

PFC (plasma fresco congelado): 10 a 15ml/kg

CCP (complexo concentrado de protrombina)

Sangramento	RNI	Varfarina	Vitamina K (reversão até 16/24horas)
Sem sangramento significativo	5-6	Omitir 1 dose Diminuir a dose no retorno em 20% Se risco de sangramento: dar vitamina K1-2,5mg VO	Reversão rápida > cirurgia 5mg VO RNI continua alto > dose adicional 1-2,5mg VO
	6,1 a 7,9	Omitir 2 doses Diminuir a dose no retorno em 33% Se risco de sangramento: dar vitamina K 1-2,5mg VO	Reversão rápida > cirurgia 5mg VO RNI continua alto > dose adicional 1-2,5mg VO
	>8	Omitir 3 doses Vitamina K Diminuir a dose no retorno em 50%	2,5-5mg VO
Sangramento menor ou risco alto de sangrar			2,5mg VO ou 0,5mg IV
Sangramento grave (qualquer RNI)		Suspender Vit. K/PFC/MIA CCP	10mg IV infusão lenta Repetir RNI a cada 12 horas

TEMPO EM FAIXA TERAPÊUTICA (TTR)

- “*Time in Therapeutic Range*” (TTR)
- Cálculo:
 - Percentual de RNIs dentro da faixa terapêutica preconizada.
- O principal objetivo é manter o mais alto TTR possível
 - Idealmente > 70%
 - Abordar pacientes com TTR < 60%
- TTR baixo: retorno dos pacientes para a clínica de anticoagulação.

PRINCIPAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

- **Aumentam** o efeito da Varfarina e o RNI:
 - Antibióticos
 - Sulfametoxazol-trimetoprim
 - Quinolonas
 - Metronidazol
 - Antifúngicos azólicos
 - AiNE
 - Salicilatos
 - Antiarrítmicos
 - Amiodarona
 - Propafenona
 - Outros:
 - Sulfaniluréias
 - Omeprazol
 - Fibratos
 - Álcool
- **Reduzem** o efeito da Varfarina e o RNI
 - Indutores do p450:
 - Fenobarbital
 - Carbamazepina
 - Fenitoína
 - Rifampicina
 - Reduzem a absorção
 - Hidróxido de alumínio
 - Pró-coagulantes
 - **Vitamina K (fonte dietética)**
 - Estrogênios
 - Contraceptivos orais

SANGRAMENTO COM ACO

- Fatores de Risco para Sangramento com ACO no TEV:
 - Idade (> 65 anos)
 - Hemorragia prévia
 - Câncer ativo
 - Doença renal crônica
 - Insuficiência hepática
 - Trombocitopenia
 - AVE prévio
 - DM
 - Anemia
 - Uso de antiagregante plaquetário
 - Controle inadequado do RNI
 - Comorbidades que reduzem capacidade funcional
 - Cirurgia recente
 - Etilismo
 - Abuso de AINE
- Categorização de Risco:
 - BAIXO Risco]
 - 0 Fatores
 - 0,8%/ano
 - MODERADO Risco
 - 1 Fator
 - 1,6%/ano
 - ALTO Risco
 - 2 ou + fatores
 - 6,5%/ano

CONDUTAS PARA SANGRAMENTO

- Hemorragia Grave
 - Sangramento clinicamente evidente associado à:
 - Envolvimento de sítio crítico (SNC, pericárdico, articular, retroperitoneal, intramuscular com Sd. de Compartimento)
 - Queda de 2 ou + pontos na Hb
 - Necessidade de transfusão
- Hemorragia Não Grave Clinicamente Relevante:
 - Sangramento evidente sem os critérios acima descritos
 - Necessita de intervenção médica
- Orientações ao paciente
 - Procurar serviço de urgência levando cartão de anticoagulação
- Vitamina K:
 - Fitomenadiona 10 mg/ml injetável
 - Uso IM ou SC
 - Uso VO é uma prática comum, embora off-label
 - RNI supra-terapêuticos (individualizar)
 - > 6 + alto risco hemorrágico
 - > 8
 - Sangramentos leves
- Plasma Fresco Congelado; Complexo Protrombínicos EV:
 - Sangramentos graves

Procedimentos Cirúrgicos e Terapia de Ponte

- 1ª Pergunta: Procedimento de Baixo Risco de Sangramento?

Caso afirmativo, manter varfarina durante o procedimento proposto, com RNI dentro da faixa terapêutica, checado preferencialmente na véspera do procedimento.

- Odontológicos simples (ex: até 3 extrações dentárias).
- Dermatológicos
- Oftalmológicos (exceto: vitrectomia e trabulectomia).
- Endoscópicos (vide tabela)

Quadro 4 - Risco de sangramento em procedimentos endoscópicos*

Procedimentos de alto risco	Procedimentos de baixo risco
Polipectomia	Diagnósticos (EDA, colonoscopia e sigmoidoscopia flexível), incluindo biópsia em mucosa
Esfincterotomia biliar ou pancreática	CPRE com colocação de stent ou dilatação com balão sem esfincterotomia
Enteroscopia terapêutica assistida por balão	Enteroscopia push e enteroscopia diagnóstica assistida por balão
Gastrostomia ou jejunostomia percutânea endoscópica	Cápsula endoscópica
Ultrassonografia endoscópica com biópsia por agulha fina	Ultrassonografia endoscópica sem biópsia por agulha fina
Cistogastrostomia	Colocação de stent intestinal
Dilatação esofágica	Ablação de esôfago de Barret
Mucosectomia e dissecação submucosa	Coagulação com plasma de argônio
Ablação de tumores	

2ª Pergunta: Qual o risco de sangramento do procedimento cirúrgico proposto?

Alto risco (risco de sangramento maior em 2 dias entre 2 e 4%)	Cirurgia de aneurisma de aorta abdominal
	Qualquer grande cirurgia (duração > 45 minutos)
	Cirurgia de prótese de joelho bilateral
	Procedimentos de aspiração por agulha fina guiados endoscopicamente
	Biópsia renal
	Laminectomia
	Urológica, de cabeça e pescoço, abdominal, neurocirurgia, câncer de mama
	Polipectomia, varizes de esôfago, esfinterectomia biliar, dilatação pneumática
	Ressecção transuretral de próstata
Baixo risco (risco de sangramento maior em 2 dias entre 0-2%)	Hernioplastia abdominal
	Histerectomia abdominal
	Dissecção de nódulo axilar
	Broncoscopia com ou sem biópsia
	Cirurgia do túnel do carpo
	Cirurgia oftalmológica
	Remoção de cateter venoso central
	Colecistectomia
	Biópsias cutâneas, de bexiga, próstata, mama, tireoide e de linfonodos
	Dilatação e curetagem
	Endoscopia gastrointestinal com ou sem biópsia, enteroscopia, stent biliar ou pancreático sem esfinterectomia
	Cirurgia de hemorroida
	Cirurgia de hidrocele
	Cirurgia de prótese de joelho ou quadril, mão, ombro, pé, e artroscopia
	Angiografia não coronariana
Extrações e outras cirurgias dentárias	

3ª Pergunta: Qual a categoria de risco para tromboembolismo do paciente?

Categoria de risco	Indicação para a terapia anticoagulante		
	Prótese mecânica cardíaca	Fibrilação atrial	TEV
Alto*	Qualquer prótese mecânica mitral Próteses mecânicas aórticas antigas AVC ou AIT recente (< 6 meses)	Escore CHADS2 de 5 ou 6 AVC ou AIT recente (< 3 meses) Doença valvar reumática	TEV recente (< 3 meses) Trombofilia grave†
Moderado	Próteses mecânicas aórticas e pelo menos um fator de risco: FA, AIT ou AVC prévio, HAS, DM, ICC, idade > 75 anos	Escore CHADS2 de 3 ou 4	TEV há 3-12 meses Trombofilia leve‡ Novo TEV Neoplasia ativa
Baixo	Prótese mecânica aórtica sem FA ou outros fatores de risco para AVC	Escore CHADS2 de 0 a 2 (sem AVC ou AIT prévio)	TEV > 12 meses sem outros fatores de risco

*Escore CHADS2: ICC = 1 ponto; HAS = 1 ponto; idade > 75 anos = 1 ponto; DM = 1 ponto; AVC/AIT = 2 pontos. * Pacientes de alto risco também podem incluir aqueles com AVC ou AIT > 3 meses antes da cirurgia planejada e escore CHADS2 < 5, aqueles que cursaram com tromboembolismo durante a interrupção temporária da anticoagulação, ou aqueles submetidos a certos tipos de cirurgia associadas a um alto risco de AVC ou outro tipo de tromboembolismo (cirurgia de troca de valva cardíaca, endarterectomia de carótida e grandes cirurgias vasculares); †trombofilia grave: deficiência de proteína C, S, antitrombina ou presença de anticorpos antifosfolípide. ‡trombofilia leve: mutação heterozigótica do fator V de Leiden ou do gene da protrombina. TEV: tromboembolismo venoso; AVC: acidente vascular cerebral; AIT: acidente isquêmico transitório; FA: fibrilação atrial; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes melito; ICC: insuficiência cardíaca congestiva.*

I. A. Pacientes com Alto Risco para Tromboembolismo

Recomendação	Grau de recomendação	Nível de evidência
Interromper a varfarina 5 dias antes da cirurgia e aguardar Razão Normalizada Internacional < 1,5	I	C
Realizar terapia de ponte com heparina não fracionada ou de baixo peso molecular em dose plena quando Razão Normalizada Internacional < 2	Ila	C
Suspender a heparina não fracionada 4 a 6 horas antes do procedimento e a heparina de baixo peso molecular 24 horas antes	Ila	C
No pós-operatório, reiniciar heparina não fracionada ou de baixo peso molecular em dose plena e a varfarina pelo menos 24 horas após o procedimento cirúrgico, e suspender a heparina somente quando a Razão Normalizada Internacional estiver dentro da faixa terapêutica	Ila	C
Em pacientes submetidos a cirurgias com alto risco de hemorragia, reiniciar a heparina de baixo peso molecular 48 a 72 horas após a cirurgia	Ila	C

I. B. Pacientes com Baixo Risco de Tromboembolismo

Recomendação	Grau de recomendação	Nível de evidência
Não utilizar a terapia de ponte (suspender varfarina 5 dias antes da cirurgia e aguardar Razão Normalizada Internacional < 1,5 para a realização do procedimento)	Ila	C
No pré-operatório, podem ser usadas a heparina não fracionada ou a de baixo peso molecular profilática, se indicado	Ila	C
No pós-operatório, se indicado, usar heparina não fracionada ou de baixo peso molecular profilática e reiniciar a varfarina de 12 a 24 horas após o procedimento	Ila	C

Caso Clínico #1 - Primeira Consulta

- CFS, 53 anos, sexo feminino
- Encaminhada pelo cardiologista do CEM NE à clínica de anticoagulação
 - Portadora de valva mecânica mitral
 - Co-morbidades:
 - HAS
 - Valvopatia reumática (estenose mitral reumática prévia)
 - Hipotireoidismo
 - Dislipidemia
 - Em uso regular:
 - Sinvastatina; Carvedilol; Losartan; Espironolactona; Furosemida; Omeprazol; Sulfato ferroso; Varfarina
- Refere que fará procedimento odontológico:
 - Solicita-se risco cirúrgico e orientação quanto anticoagulação.

Caso Clínico #1 - Primeira Consulta

- Conduatas:
 - Consulta com enfermeiro e médico
 - Orientações gerais do funcionamento da clínica de anticoagulação
 - Diversos papéis (receita, cartão de usuário de anticoagulante, retornos ...)
 - Orientações quanto aos cuidados do uso da Varfarina
 - Definir alvo de RNI e tempo previsto para anticoagulação
 - Já deve vir informado a proposta pelo médico que encaminhou a paciente
 - RNI médio de 3,0 (2,5 - 3,5)
 - Tempo = permanente
 - Solicitar relatório do cirurgião-dentista quanto à proposta operatória (formulário próprio)
 - Extração dentária? Quantidade de dentes por procedimento?
 - Via de acesso (alveolar?)
 - Orientar retorno com cardiologista
 - Regular retorno via UBS se necessário
 - Solicitar Avaliação Cardiovascular Perioperatória

Caso Clínico #1 - Primeira Consulta

- Avaliação perioperatória pelo cardiologista:
 - Risco conforme habitual
 - Recomendação para antibioticoprofilaxia para prevenção de endocardite infecciosa
 - Orientar quanto à necessidade de terapia de ponte com anticoagulante
- Caso da paciente:
 - Se procedimento odontológico simples (ex: extração de até 3 dentes)
 - Paciente de ALTO risco tromboembólico + procedimento de BAIXO risco de sangramento
 - Não é necessário suspender Varfarina ou terapia de ponte
 - Realizar RNI no dia anterior e liberar para procedimento se RNI < 3,0.
 - Se procedimento odontológico maior
 - Paciente de ALTO risco tromboembólico + procedimento de ALTO risco de sangramento
 - Recomenda-se realizar terapia de ponte com anticoagulante parenteral

Fluxo de ponte para pacientes em controle de RNI no Centro de Saúde

Paciente que vai fazer procedimento em que seja necessário fazer a PONTE



Médico do Centro de Saúde encaminha paciente sob regulação para o cardiologista



Cardiologista faz a ponte ou encaminha o paciente para a Clínica de Anticoagulação de referência já **com o risco cirúrgico**

Caso Clínico #1 - Primeira Consulta

- Recomendações para terapia de ponte nesse caso:
 - Interromper Varfarina pelo menos 5 dias antes do procedimento
 - Iniciar anticoagulante parenteral quando RNI < 2,5
 - Enoxaparina: 1,5 mg/kg SC de 24/24h ou 1 mg/kg 12/12h
 - Paciente de 60 kg = 80 mg SC 24/24h ou 60 mg SC 12/12h
 - Suspende 24h antes do procedimento
 - Retornar uso após procedimento se condições hemostáticas favoráveis (preferencialmente até 24h após)
 - Reiniciar Varfarina + suspender Enoxaparina quando RNI na faixa terapêutica
- Demais recomendações específicas:
 - Realizar procedimento no início da semana e nos primeiros horários do dia
 - Reavaliações precoces
 - Técnicas de hemostasia local (gaze, esponja, fibrina) + remover sutura não absorvível 4-7 dias
 - Evitar grandes áreas de cirurgia gengival; raspagem e alisamento radicular

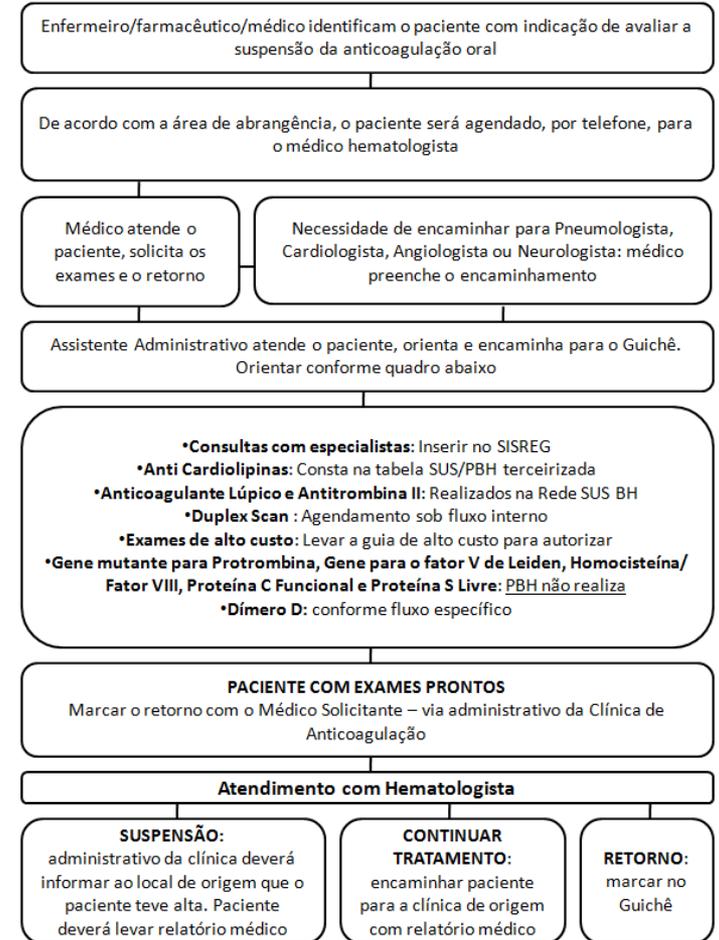
Caso Clínico #2 - Consulta Subseqüente

- CJPC, 28 anos, sexo feminino
- Iniciou seguimento na clínica de anticoagulação há dois meses.
- Encaminhada pelo EMAD Leste por TVP
- Tromboembolismo venoso (TEV):
 - 1º episódio, não provocado, distal
 - Usava anticoncepcional oral e negou tabagismo
- Sem comorbidades
- Relato de desejo de engravidar
- RNI 5,11 - sem sangramentos
- Histórico de RNIs aponta TTR = 43%

**Fluxo de suspensão da anticoagulação temporária no
ambulatório de anticoagulação**

Caso Clínico #2 - Subseqüente

- Ajuste Varfarina
 - Omitir 1 dose + retorno precoce + reduzir dose em 20%
- TEV 1º episódio em paciente com potencial fator de risco removível
 - Baixo risco de sangramento
 - Desejo de engravidar
- Avaliar suspensão da anticoagulação
 - A princípio proposta de 3-6 meses de ACO
 - Avaliação do Hematologista que pode:
 - (1) Suspender + alta da clínica
 - (2) Mantém tratamento com ACO sem data definida
 - TTR ainda ruim para ser encaminhada à UBS
- Orientações quanto a gestação



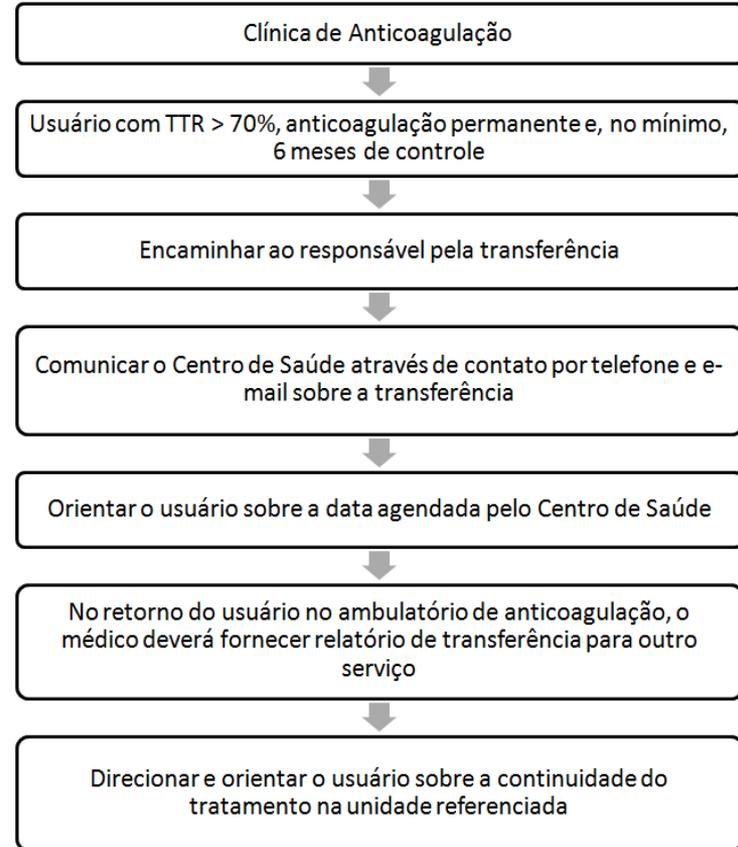
Caso Clínico #3 - Consulta Subseqüente

- MDPB, 72 anos, sexo masculino
- Encaminhado do EMAD Leste devido à FA crônica permanente
 - Já tem FA conhecida desde 2010 quando fazia controle de Varfarina/RNI com o cardiologista
 - RNI alvo médio = 2,5 (2,0 a 3,0)
 - Tempo proposto = permanente
- Comorbidades:
 - Cardiopatia chagásica; HAS; DLP e Asma
- Acompanha na clínica de anticoagulação desde 22/08/2011
 - TTR (últimos 6 meses) = 73%
 - RNI da consulta = 4,62

Caso Clínico #3 - Subseqüente

- Conduatas:
 - Ajuste RNI:
 - Omitir 1 dose + reduzir dose em torno de 10% + retorno 4-8 dias
 - Avaliar transferência para UBS
 - Orientar paciente

Fluxo de transferência para o Centro de Saúde

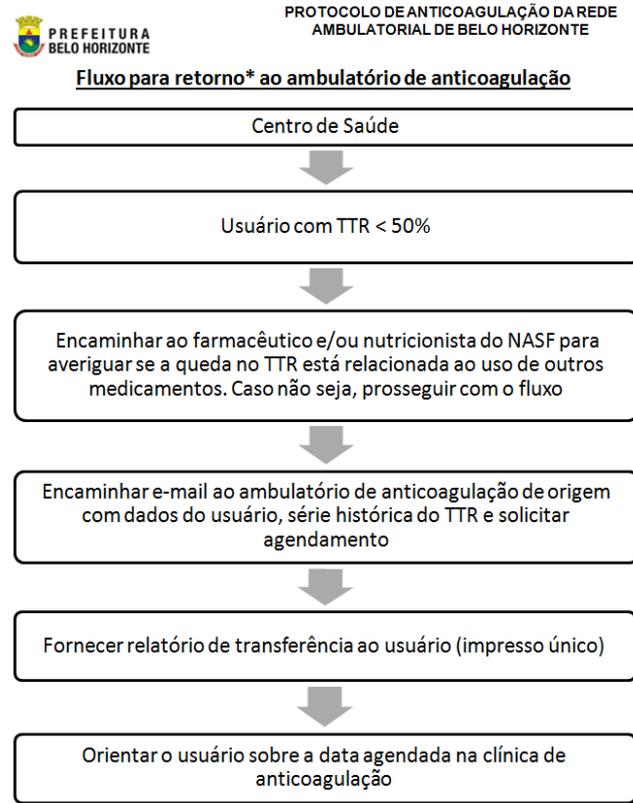


Caso Clínico #4 - Consulta Subseqüente

- FB, 83 anos, sexo masculino
- Encaminhado pelo Cardiologista devido FA crônica
 - RNI médio proposto = 2,5 (2,0 - 3,0)
 - Tempo proposto de ACO = permanente
- Comorbidades = HAS; DM II
- Iniciou seguimento na clínica de anticoagulação em 28/09/2011
 - Abandonou o tratamento diversas vezes, com uso errático da medicação
 - Insuficiência social - sem filhos, mora com esposa, também idosa, ambos analfabetos
 - Demência Alzheimer estágio inicial + rebeldia com tratamento
 - Tentado diversas abordagens com assistente social + farmacêutica + equipe da UBS
- TTR (últimos 6 meses) = 53%
- Último RNI = 4,62. Sem sangrimentos

Caso Clínico #4 - Consulta Subseqüente

- Conduas:
 - Optado por interromper ACO
 - Perfil desfavorável de risco x benefício
 - Contra-referência à UBS e Cardiologista
 - Manter vigilância com assistente social e em UBS
 - Reavaliar correção de fatores sociais e eventual novo encaminhamento para clínica de anticoagulação
 - Fluxo de retorno ao ambulatório de anticoagulação



* Usuários que já acompanharam no ambulatório de anticoagulação