

Hemostasia: Avaliação Laboratorial Pré-Operatória

*Marcelino Jager Fernandes **

Em qualquer situação o mais importante é colher uma história clínica detalhada. O paciente deve ser inquirido sobre sangramentos anormais como epistaxe, hematomas espontâneos, sangramento gengival freqüente, extração dentária com hemorragia incoercível, hematúria e sangramentos anormais durante a menstruação. Pacientes com antecedentes cirúrgicos devem ser questionados quanto a problemas com a hemostasia e o prontuário deve ser revisado procurando-se relatos progressos que possam sugerir distúrbios da coagulação. O uso de drogas anticoagulantes é importante e deve-se pesquisar qual droga, há quanto tempo está usando e quando foi a última dose.

Uma contagem simples de plaquetas pode ser importante, embora revele pouco sobre a função plaquetária. Raramente ocorre sangramento até que a contagem caia abaixo de 50.000/mm³. O tempo de sangramento segundo Duke (normal < 3 minutos) está aumentado quando a resposta vascular é alterada, na plaquetopenia, na disfunção plaquetária e doença de von Willebrand.

O TTP (Tempo de Tromboplastina Parcial), com valores normais entre 60 e 110 segundos, está relacionado com alterações dos fatores XII, XI, IX ou VIII. O TTPa (TTP ativado, normal entre 25 a 39 s) é útil no acompanhamento dos efeitos da heparina e deficiências dos fatores IX e VIII.

O tempo de protrombina determina a atividade dos fatores II, V, VII e X. Pode ser influenciado pela ocorrência de hipofibrinogenemia. É melhor avaliado como uma porcentagem do tempo obtido pelo controle (atividade de protrombina).

O tempo de trombina mede a velocidade de conversão do fibrinogênio a fibrina, identificando os casos de hipofibrinogenemia e disfibrinogenemia. O tempo de reptilase tem quase as mesmas características e funções, mas não é afetado pela heparina, podendo ser alterado pela presença de produtos de degradação da fibrina.

* Médico anesthesiologista Hospital Sarah Centro de Brasília
Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação

Os produtos de degradação da fibrina podem ser avaliados pelo tratamento do plasma com anticorpos anti-PDFs em diluições seriadas. Níveis elevados sugerem fibrinólise acelerada.

A dosagem do fibrinogênio pode mostrar valores aumentados nas doenças inflamatórias, neoplásicas, infecções, gravidez e pós-operatório. Na coagulação intravascular disseminada está diminuído.

O tromboelastograma é a tradução gráfica do processo de formação do coágulo. A partir de sua análise é possível determinar se há deficiência de fatores, fibrinogênio ou plaquetas, ou se está ocorrendo fibrinólise. Pode também testar a eficiência do tratamento com antifibrinolíticos ou protamina. O Sonoclot foi desenvolvido com alternativa ao tromboelastograma por não utilizar componentes móveis, reduzindo os artefatos técnicos.

Independente dos exames complementares disponíveis, que são muito importantes na avaliação pré-operatória, o seu uso deve ser determinado pela indicação sugerida pela história clínica e exame físico. Solicitar exames como forma de se proteger legalmente não tem consistência científica e implica na maioria das vezes em gastos desnecessários. Qualquer exame complementar deve ser solicitado quando realmente há indicação clínica.

Referências Bibliográficas

1. AIRD WC – Coagulation. Crit Care Méd 2005; 33:12 (Supl.); S485 – S487.
2. DELOUGHERY TG – Coagulation Defects in Trauma patients: etiology, recognition, and therapy. Crit Care Clin 2004; 20; 13 – 24.
3. DOUKETIS JD et al – Managing anticoagulant and antiplatelet drugs in patients who are receiving neuraxial anesthesia and epidural analgesia: a practical guide for clinicians. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Medicine. 2006, 10: 46 – 55.