

1. OBJETIVO

- Criar rotina de profilaxia de TEV (Tromboembolismo Venoso) para pacientes adultos internados e após alta hospitalar.

2. META (TERAPÊUTICA)

- Separar os pacientes por grupo de risco de TEV.
- Estabelecer os métodos de profilaxias adequados a cada grupo de risco.
- Monitorar os pacientes internados e identificar os casos - eventos (episódios de TEV durante internamento e após alta hospitalar).

3. ELEGIBILIDADE

3.1 Critérios de Inclusão: todos os pacientes adultos internados no HSI por mais de 24 horas.

3.2 Critérios de Exclusão: pacientes da pediatria, pacientes em hospital dia, pacientes em processo de realização de exames clínicos, radiológicos ou laboratoriais eletivos ou de urgência e que não requeiram internamento por mais de 24 horas.

4. PONTOS CRÍTICOS

- Avaliação de todos os pacientes internados por mais de 24h para risco de TEV.
- Reavaliação de todos os pacientes a cada 48h.
- Identificação de pacientes sem profilaxia adequada ao grau de risco de TEV.
- Estabelecimento da profilaxia quando indicado (profilaxia química e/ou mecânica).
- Identificação precoce dos casos-eventos.
- Execução dos exames de imagem (dopler venoso de membros inferiores, angiogramografia de veias de MMII e angiogramografia de tórax) para confirmação dos casos-eventos.

5. MARCADORES DO PROCESSO

5.1 Inicialmente, a meta é aplicar o protocolo pelo menos 1 vez durante a internação, em 100% dos casos, nas seguintes unidades: Unidades de Terapia Intensiva Adulto; Enfermaria Oncologia e Paliativos SUS (Santa Maria); Pacientes das Equipes de Clínicas (prioridade para as Unidades JN 1A e 1B e Santo Antônio).

5.2 Após implantação das Travas do Protocolo no Sistema de Assistência (MV): aplicação e avaliação de 100% dos pacientes adultos internados e conformidade de 100% para todos os pontos críticos acima.

6. INDICADORES DE RESULTADO

6.1 Avaliação da Aplicação do Protocolo

- Porcentagem de pacientes cirúrgicos para os quais

foi aplicado o protocolo (cálculo: número de pacientes cirúrgicos que tiverem o protocolo preenchido pelo menos 1 vez durante o internamento x 100 / total de pacientes internados para cirurgias (eletivas ou de urgência).

- Porcentagem de pacientes clínicos para os quais foi aplicado o protocolo (cálculo: número de pacientes clínicos que tiverem o protocolo preenchido pelo menos 1 vez durante o internamento x 100 / total de pacientes internados por motivos clínicos).

6.2 Avaliação da Assertividade da Profilaxia

- Porcentagem de pacientes com aplicação adequada da profilaxia indicada.

- Profilaxia Química (cálculo: número de pacientes em uso de alguma profilaxia química x100 / total de pacientes com indicação de profilaxia química pelo protocolo (a saber, risco alto e risco intermediário no protocolo cirúrgico e risco alto no protocolo clínico).

- Profilaxia Mecânica (cálculo: número de pacientes em uso de profilaxia mecânica x100 / total de pacientes com indicação de profilaxia mecânica pelo protocolo (a saber, risco alto e risco intermediário no protocolo cirúrgico e risco alto no protocolo clínico e com contraindicação para profilaxia química ou com definição de dupla profilaxia pelo médico).

- Sem Profilaxia Química e Mecânica (cálculo: número de pacientes sem uso de profilaxias química e/ou mecânica x100 / total de pacientes com risco baixo no protocolo clínico e cirúrgico).

6.3 Avaliação de Eventos

- Porcentagem de Eventos – Número de eventos (TEP e/ ou TEP) relacionados à internação na instituição (cálculo: número de eventos identificados / total de altas hospitalares).

OBSERVAÇÃO:

A geração de indicadores será semanal, baseada na coleta de dados, conforme descrita a seguir:

As avaliações de aplicação dos protocolos (item 6.1) serão feitas com o total de pacientes internados e o total de protocolos preenchidos corretamente.

A avaliação de aplicação correta (item 6.2) será por amostragem de 20% do total de protocolos preenchidos, devendo este número aumentar progressivamente até atingir 100% de avaliação.

7. TERMOS E DEFINIÇÕES

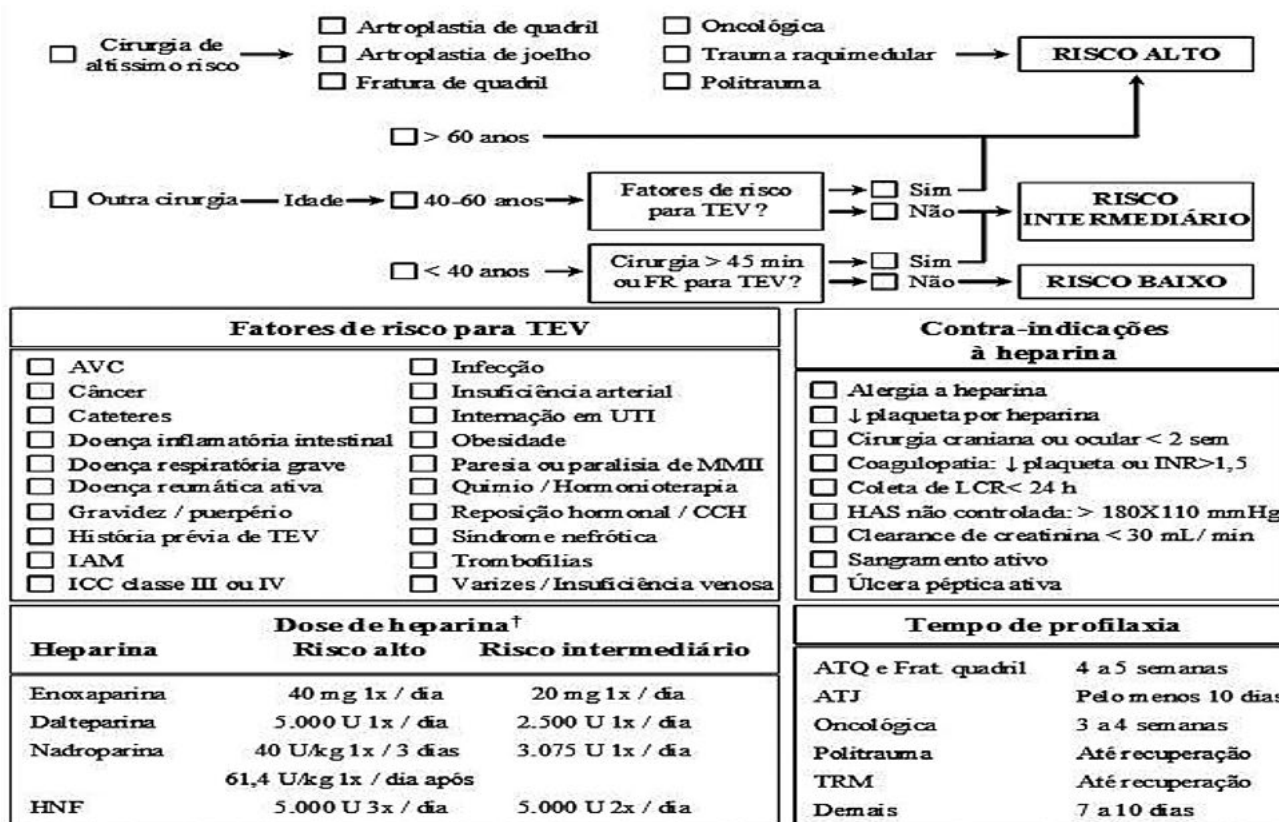
7.1 **TEV:** Tromboembolismo Venoso (compreende qualquer dos seguintes eventos: trombose venosa profunda e/ou tromboembolismo pulmonar).

7.2 Caso-Evento: todo paciente em que se defina o diagnóstico de TEV (clínico e/ou radiológico) durante o internamento hospitalar ou no período após alta hospitalar associado ao risco cirúrgico individual de cada procedimento. Devem ser excluídos aqueles pacientes

que forem admitidos, provenientes do domicílio ou de outras unidades de assistência médica, com TEV agudo não associado a cirurgias ou internações recentes nesta unidade hospitalar.

8. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

8.1 Avaliação Pacientes Cirúrgicos (Diretriz Brasileira de Profilaxia de TEV – CFM)



[†] Risco baixo: estimular deambulação; heparina não indicada. Em cirurgia bariátrica, considerar doses maiores: enoxaparina 40 mg 2x / dia, nadroparina 5.700 U 1x / dia ou HNF 7.500 U 3x / dia.³

8.2 Avaliação de Pacientes Clínicos (Diretriz Brasileira de Profilaxia de TEV – CFM)

Fluxograma para a avaliação de risco



Mobilidade Reduzida: permanecer deitado ou sentado na beira do leito, por mais da metade das horas em que permanece acordado.

Fatores de Risco:

- Abortamento recorrente.
- Acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico (história atual ou nos últimos 3 meses de acidente vascular cerebral isquêmico, que leva à redução da mobilidade e/ou paresia/paralisia dos membros inferiores. Inclui também AVCH = hemorragia intracerebral primária e aguda, com restrição da mobilidade, porém, neste caso, deve-se avaliar o uso de profilaxia mecânica até 2 a 4 dias do evento com estabilidade clínica e radiológica para adicionar a profilaxia farmacológica de TEV).
- Anticoncepcional hormonal.
- Câncer (pacientes com metástases locais ou distantes e/ou que vêm em tratamento com quimioterapia ou radioterapia nos últimos 6 meses).
- Cateter venoso central.
- Doença inflamatória intestinal (doença de Crohn ou retocolite ulcerativa).
- Doença pulmonar obstrutiva crônica e/ou insuficiência respiratória.
- Doença reumatológica ativa.
- Idade > 55 anos.
- Infarto agudo do miocárdio atual.
- Infecção (infecção torácica, pneumonia, infecção grave de pele/subcutânea, ITU alta/pielonefrite, infecção abdominal, infecção cerebral ou sepse).
- Insuficiência arterial periférica.
- Insuficiência cardíaca classe funcional III ou IV.

- Internação em Unidade de Terapia Intensiva.
- Obesidade (IMC ≥ 30).
- Paresia ou paralisia de membros inferiores.
- Puerpério (até 4 semanas).
- Quimioterapia (pacientes recebendo quimioterapia ou inibidores da angiogênese, talidomida e lenalidomida durante os últimos 6 meses).
- Hormonoterapia (pacientes recebendo hormonoterapia atualmente ou durante os últimos 3 meses, exemplo: tamoxifeno, flutamida).
- Reposição hormonal/contraceptivos (uso atual ou até o último mês de terapia de reposição hormonal ou de contraceptivos orais ou injetáveis de depósito).
- Síndrome nefrótica em atividade (proteinúria de 24 horas > 3g).
- Tabagismo.
- TEV Prévio.
- Trombofilias (pessoal ou antecedente familiar de trombose).
- Varizes/insuficiência venosa periférica.

8.3 Medidas Profiláticas (Protocolo Clínico e Cirúrgico)

8.3.1 Métodos de Profilaxia Física:

- Meias elásticas de compressão gradual.
- Dispositivo de Compressão Pneumática Intermitente (CPI).

8.3.2 Quimioprofilaxias (com dose padrão):

- HNF (5000 U Sc de 8/8 horas).
- HBPM SC 1 vez ao dia (Delteparina 5.000U ou

Enoxaparina 40mg ou Nadroparina 3.800U em pacientes com <70kg e 5.700 em pacientes com \geq 70kg ou Fundaparinux 2,5mg).

- Warfarina (oral) – Ajustar a dose para RNI entre 2 e 3 (indicado apenas em: artroplastia e fratura de quadril, artroplastia de joelho, politrauma).
- Dabigatrana 220mg VO 1 vez ao dia – 1ª dose: 110 mg 1 a 4 horas após o término da cirurgia (indicado apenas em: artroplastia de quadril e artroplastia de joelho).
- Rivaroxabana 10mg via oral, 1 vez ao dia - 1ª dose: 10mg, 6 a 8 horas após o término da cirurgia (indicado apenas em: artroplastia de quadril e artroplastia de joelho).

OBS. 1: sempre dar preferência aos métodos químicos de profilaxia.

OBS. 2: em caso de risco muito elevado, considerar a associação de métodos.

OBS. 3: em pacientes cirúrgicos com risco INTERMEDIÁRIO: considerar o uso de metade das doses de heparinas.

OBS. 4: em pacientes com insuficiência renal deve-se preferir a profilaxia com HNF SC e fazer ajuste da dose pelo valor do TTPA.

CrCl (mL/min)	0	10	20	30	40	50	60
Enoxaparina 40mg	Precaução no uso			Sem restrição			
Fondaparina 2.5 mg	Contra-indicado		Pose reduzir dose para 1.5mg		Sem restrição		
HNF 5000 UI	Sem restrição						
Dabigatrana	Contra-indicado			Precaução no uso		Sem restrição	
Rivaroxabana	Não recomendado	Precaução no uso			Sem restrição		

8.3.3 Tempo de Tratamento Profilático Químico e/ ou Mecânico

Pacientes Cirúrgicos

- Artroplastia de Quadril: pelo menos 4 semanas.
- Fratura de Quadril: pelo menos 4 semanas.
- Artroplastia de Joelho: pelo menos 10 dias.
- Oncológicas (pélvicas e abdominais): pelo menos 3 semanas.
- Politrauma e Trauma Raquimedular: até recuperação completa (deambulação).
- Demais cirurgias: pelo menos 7 dias (mesmo que volte a deambular).

OBS.: se o tempo de imobilidade for maior que os tempos previstos acima, a profilaxia deve ser estendida até a recuperação, com deambulação satisfatória.

Pacientes Clínicos

- Pelo menos por 6 dias.
- Não é recomendado o uso de profilaxia indefinidamente (em domicílio, nas altas com Home Care ou para instituições de cuidados (asilos, casas de repouso e equivalentes), mesmo que permaneçam os riscos clínicos de TEV).

8.4 Contraindicações de Profilaxia

Química (Protocolo Clínico e Cirúrgico)

- Sangramento ativo.
- Hipersensibilidade a heparinas.
- Trombocitopenia Induzida por Heparina (TIH).
- Úlcera gastrointestinal ativa.
- HAS não controlada (TAS > 180mmHg ou TAD > 110mmHG).
- Coagulopatia (plaquetopenia < 100.000/mm³ ou RNI>1,5).
- Insuficiência renal (Clearance < 30mL/min).
- Cirurgia de SNC ou Oftalmológica recente (< 2 semanas).
- AVC hemorrágico há menos de 10 dias ou ainda sem estabilidade clínica e tomográfica do sangramento.
- Bloqueio espinal ou coleta de LCR < 24 horas.

Mecânica (Protocolo Clínico e Cirúrgico)

- Fratura Exposta de Membros inferiores.
- Infecção Ativa de Membros inferiores.
- Insuficiência Arterial Periférica de Membros Inferiores.
- Úlcera de Membros Inferiores.
- Insuficiência Cardíaca Grave.

9. RESPONSABILIDADES

9.1 Aplicação do Protocolo (análise do risco; indicação ou não de profilaxia, tipo de profilaxia, medicamento e doses; reaplicação do protocolo a cada 48h e quando houver mudança no quadro clínico que justifique mudança na conduta)

- Médico assistente nas unidades abertas e médico plantonista nas unidades fechadas.

9.2 Aplicação da Profilaxia no Paciente (colocação da profilaxia mecânica e aplicação da química)

- Equipe de enfermagem.



9.3 Dispensação das Medicações

- Farmácia Clínica.

9.4 Conferência da Profilaxia Adequada e Corresponsável ao Risco Definido

- Equipe de Enfermagem.
- Farmácia Clínica.

9.5 Análises e Levantamento de Dados Estatísticos

- Equipe de Desenvolvimento.

10. COMISSÃO

- Edgard Passos de Souza – Médico (Presidente)
- Franciene Masiero – Farmacêutica
- Gleide Glícia Gama Lordello – Fisioterapeuta
- Jeany de Oliveira Barreto – Enfermeira
- Luiz Cláudio da Silva Félix – Médico
- Luzileide Bomfim – Enfermeira
- Manoela Viana – Enfermeira
- Marco Thomas – Bioquímico
- Paula Hymer – Enfermeira
- Rafael Ferreira Silva – Médico
- Rosângela Vasconcelos – Médica
- Verusca Matos Ferreira – Fisioterapeuta
- Yanderson Carvalho Cavalcante - TIC