

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO - TEV

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. TERMOS E DEFINIÇÕES

TEV – Tromboembolismo Venoso (compreende qualquer dos seguintes eventos: Trombose Venosa Profunda e/ou Tromboembolismo Pulmonar)

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 associados a cirurgias ou internações recentes nesta unidade hospitalar.

4. ELEGIBILIDADE

4.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os pacientes internados no HSI por mais de 24 horas.

4.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

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.

5. PONTOS CRÍTICOS

Avaliação de todos os pacientes internados por mais de 24h para risco TEV.

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, angiotomografia de veias de MMII e angiotomografia de tórax) para confirmação dos casos-eventos.

6. MARCADORES DO PROCESSO

6.1. Inicialmente, a meta é aplicar o protocolo pelo menos 1 vez durante a internação em 100% dos casos em:

Unidades de Terapia Intensiva

Enfermaria de Ortopedia SUS (São Luiz)

Enfermaria Oncologia SUS (Santa Maria)

Pacientes Cirúrgicos Eletivos (SUS e Convênios)

Pacientes das Equipes de Clínica Médica/Hospitalistas e Oncologia Convênio

6.2. Após implantação de novo Sistema de Assistência, (MV) atingir avaliação de 100% dos pacientes adultos internados e 100% para todos os pontos críticos.

7. INDICADORES DE RESULTADO

7.1. AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO

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

7.2. AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO CORRETA DO PROTOCOLO

Porcentagem de pacientes com aplicação adequada do protocolo quando indicado profilaxia (cálculo: número de pacientes que tiveram cada uma das classificações indicativas de profilaxia (Risco Alto e Risco Intermediário no Protocolo Cirúrgico e Indicação de Profilaxia no Protocolo Clínico) x 100/total de pacientes com a mesma classificação do numerador).

Observação

A Geração de Indicadores será semanal, baseada na coleta de dados, conforme descrito a seguir:

As avaliações de aplicação dos protocolos (item

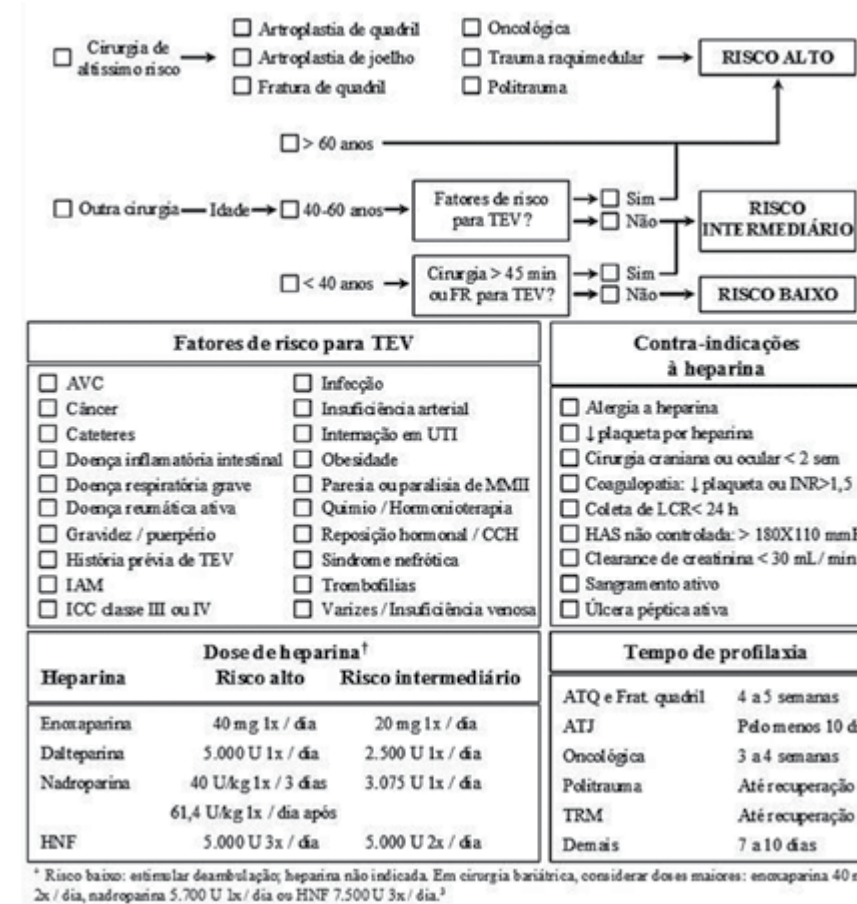
6.1) serão feitas com o total de pacientes internados e o total de protocolos preenchidos corretamente.

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.

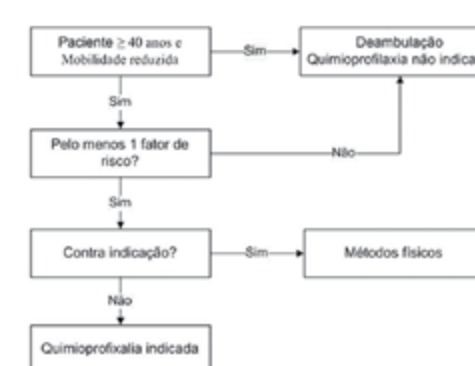
8. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

8.1. AVALIAÇÃO DE PACIENTES CIRÚRGICOS (DIRETRIZ BRASILEIRA DE PROFILAXIA DE TEV – CFM).



8.2. AVALIAÇÃO DE PACIENTES CLÍNICOS (DIRETRIZ BRASILEIRA DE PROFILAXIA DE TEV – CFM)

Fluxograma para 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 5000U ou Enoxaparina 40 mg ou Nadroparina 3800 U em pacientes com <70 kg e 5700 em pacientes com ≥ 70kg ou Fundaparinux 2,5 mg).
 - 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 – 10 mg, via oral, 1 vez ao dia - 1ª dose: 10 mg, 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	Contraindicado		Dose reduzir dose para 1.5mg				
HNF 5000 UI	Sem restrição						
Dabigatrana	Contraindicado			Precaução no uso			
Rivaroxabana	Não		Precaução no uso				

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, aasas 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 hemorrágica há menos de 10 dias ou ainda sem estabilidade clínica e tomográfica do sangramento
 - Bloqueio Espinhal 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 de Profilaxia, Tipo de

Profilaxia, Escolha da Medicação com Doses, Quando Iniciar e Reaplicação Periódica:

Médico Assistente nas Unidades Abertas e Médico Plantonista nas Unidades Fechadas

Obs.: caberá ao médico responsável a reavaliação do protocolo a cada 48h ou antes disso, se houver mudança no quadro clínico que justifique mudança na conduta de profilaxia.

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. DISPENSAÇÃO DO MATERIAL E EQUIPAMENTOS DA PROFILAXIA MECÂNICA

Setor de Materiais Médicos

10. MEMBROS ELABORADORES

Dr. Edgard Passos de Souza
Dr. Maurício de Amorim Aquino
Dr. Flávio Robert Santanna
Dra. Rosângela Vasconcelos
Olga Silveira Martins
Jeany Oliveira Barreto
Débora Helena Santiago
Camilla Cumming Vieira

11. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

- Diretriz de Terapia e Profilaxia Antitrombótica Baseada em Evidências para a Prática Clínica do American College of Chest Physicians - Edição 9
- Diretrizes para a Profilaxia de TEV do Conselho Federal de Medicina
- Manual de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso no Paciente Internado da Sanofi Aventis.