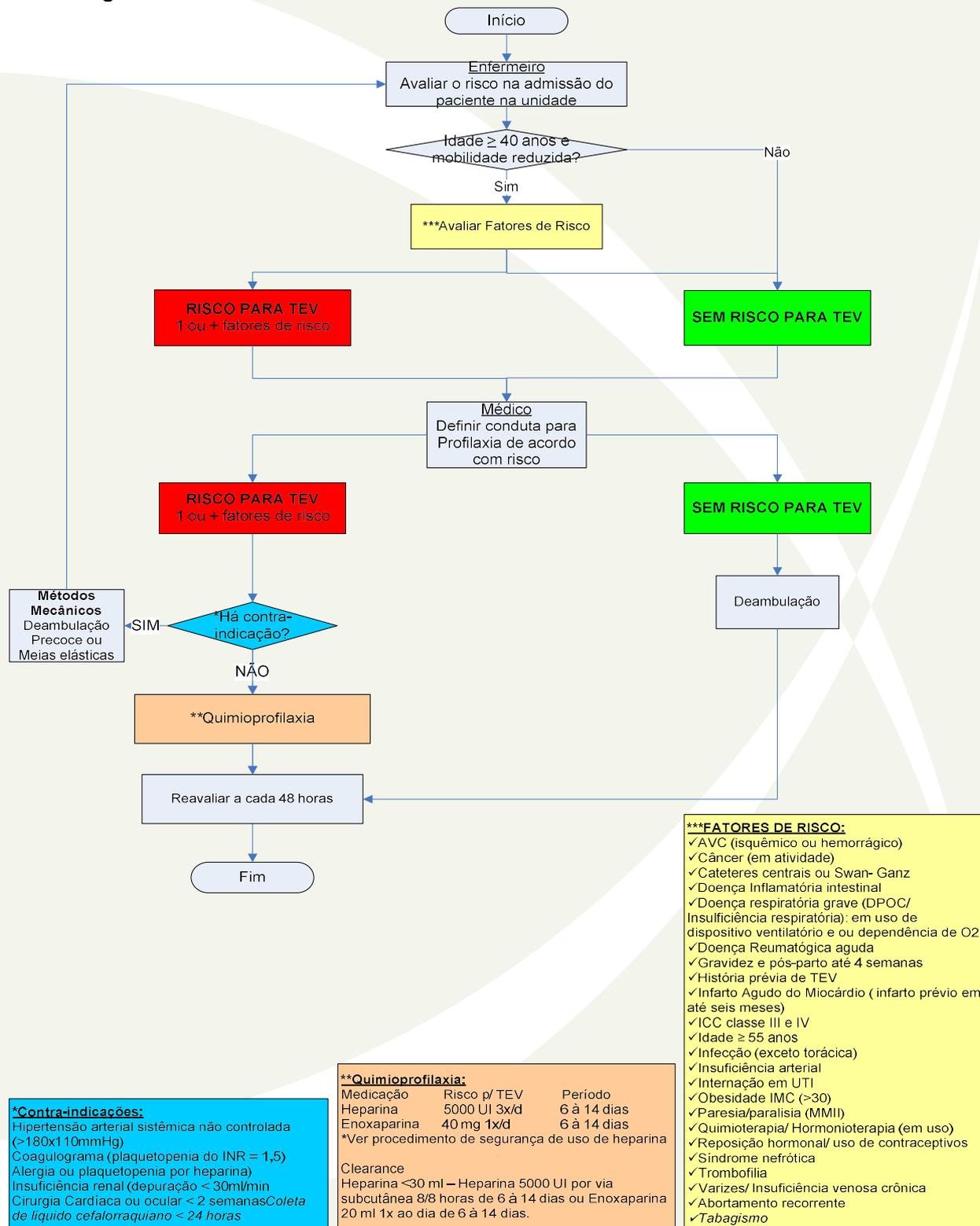


1. Fluxograma do Processo

Fluxograma Protocolo de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso em Pacientes Clínicos



2. Objetivo do Processo

Realizar a profilaxia nos pacientes clínicos internados para reduzir a ocorrência de TVP e TEP e suas conseqüências. Prevenir a ocorrência de TVP (Tromboembolismo Venoso Periférico) e TEP (Tromboembolismo Pulmonar), bem como suas conseqüências em pacientes clínicos.

3. Executante

Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Farmacêutico Clínico, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

4. Procedimento

4.1. Definição

O termo Tromboembolismo Venoso (TEV) engloba duas condições freqüentes, que são trombose venosa profunda (TVP), e o Tromboembolismo Pulmonar (TEP), sendo esta a causa de morte evitável mais comum no paciente hospitalizado.

Como o TEP fatal pode ser a primeira manifestação clínica, é inapropriado aguardar o aparecimento de sintomas para diagnosticar um episódio de TEV. Além disso, a detecção da TVP pode ser difícil, já que apenas cerca de metade dos pacientes tem quadro clínico evidente. Outras complicações tardias comuns são a trombose recorrente e a hipertensão venosa crônica, quadros clínicos incapacitantes que podem acometer até 50% dos pacientes que desenvolvem TVP.

Mesmo parecendo evidente qualquer paciente hospitalizado, alguns fatos importantes devem ser considerados na decisão do médico para a instituição de profilaxia antitrombótica.

A profilaxia para TVP visa redução e não a eliminação da ocorrência de TVP e suas conseqüências.

As sugestões de profilaxia baseiam – se na redução de risco para um grupo de pacientes, necessitando sempre de avaliação do médico, que será responsável pela decisão final.

O protocolo desenvolvido dentro do Hospital e Maternidade São Cristóvão segue as recomendações nacionais e internacionais para profilaxia do tromboembolismo venoso e antes de ser implantado foi avaliado e devidamente validado por médicos do corpo clínico e pelo escritório de qualidade da instituição.

Tendo em vista que mais da metade dos pacientes hospitalizados está sob risco de TEV e que o tromboembolismo é considerado a causa mais freqüente de morte hospitalar passível de prevenção, o presente protocolo tem por objetivo sugerir a melhor atitude para a redução do risco de TEV para cada paciente, sendo necessária a prescrição do Médico Assistente para a execução da conduta sugerida.

O correto planejamento da profilaxia visa à redução e não a ausência de casos TEV e suas conseqüências.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de TEV podem estar presentes tanto em pacientes clínicos como em pacientes cirúrgicos e estão listadas abaixo.

Em **pacientes cirúrgicos**, a incidência de TEV é de 15 a 80% e a chance de desenvolvimento de TEV depende da idade do paciente, do tipo de cirurgia e da presença de fatores de risco associados. Pacientes jovens, sem fatores de risco adicionais e submetidos a procedimentos de pequeno porte, não necessitam de quimioprofilaxia específica para TEV. Já pacientes idosos, particularmente na presença de fatores de risco, ou submetidos a procedimentos considerados por si só como de alto risco, como as artroplastias de quadril ou joelho, apresentam alto risco. As recomendações da última

diretriz de profilaxia em pacientes cirúrgicos, apresentadas no 8º consenso do American College of Chest Physicians, podem ser resumidas no algoritmo 1.

O uso de doses profiláticas maiores mostrou maior eficácia, mas associou-se a aumento nas taxas de sangramento. É necessário levar em conta também que a indicação da profilaxia considera também os possíveis riscos implicados no uso dos métodos profiláticos, em especial o risco de sangramento associado aos anticoagulantes.

Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos considerados de baixo risco para TEV podem ainda assim apresentar trombose, particularmente naqueles mais idosos ou com fatores de risco associados, como câncer, história prévia ou familiar de TEV, ou mesmo associações de vários fatores comuns, como tabagismo, varizes, obesidade, reposição hormonal, etc. Nestes pacientes, a avaliação de risco deve ser individualizada, podendo-se optar pela prescrição da profilaxia.

Em **pacientes internados por doenças clínicas**, sem a utilização de profilaxia, o TEV ocorre entre 10 e 75% dos pacientes e, diferentemente do que ocorre com pacientes cirúrgicos a profilaxia de TEV não é tão bem estudada como neste grupo (estes muitas vezes apresentam o procedimento cirúrgico como único fator de risco) e devido à falta de estudos bem conduzidos, utilizando profilaxia mecânica, recomenda-se a quimioprofilaxia como a forma mais eficaz de prevenção de TEV.

Além disso, os pacientes clínicos podem apresentar vários fatores de risco para TEV que se mantêm internados por períodos indeterminados, obrigando a uma profilaxia prolongada. As recomendações aqui apresentadas baseiam-se nas diretrizes de profilaxia de TEV do American College of Chest Physicians e nas Diretrizes Brasileiras de Profilaxia de TEV em Pacientes Clínicos Internados e estão condensadas no algoritmo 2.

A profilaxia está indicada nos doentes clínicos internados, com mais de quarenta anos, e que permaneçam deitados ou sentados à beira do leito por mais da metade das horas do dia (excetuando as horas de sono) e que tenham pelo menos um fator de risco para TEV. Pacientes com menos de 40 anos devem ter seu risco avaliado individualmente.

Em vários casos, a necessidade de profilaxia prolongada pode trazer inconvenientes, como o aumento no risco de sangramento, a possibilidade de plaquetopenia induzida por heparina, ou mesmo a dificuldade de arcar com os custos dos medicamentos.

As recomendações podem não se aplicar a um paciente específico. As sugestões baseiam-se na redução de risco para um grupo de pacientes, necessitando sempre da avaliação do médico responsável para a decisão final. Desta forma, estas recomendações não devem ser encaradas pelo médico, como medidas obrigatórias.

Embora a literatura não seja capaz de definir com precisão a dose ideal de HNF na profilaxia de pacientes clínicos, a maioria dos estudos utilizou a dose de 5.000 UI SC a cada 8 horas.

Estudos utilizando HNF e HBPM versus placebo mostraram redução de cerca de 70% na incidência de TVP, sem risco aumentado de sangramento. Já estudos comparando HBPM com HNF não mostraram diferenças na eficácia ou sangramento.

4.1.2 TABELA 1 - Fatores de Risco

- ✓ AVC (isquêmico ou hemorrágico)
- ✓ Câncer (em atividade)
- ✓ Cateteres centrais
- ✓ Doença Inflamatória intestinal
- ✓ Doença respiratória grave (DPOC/Insuficiência respiratória): em uso de dispositivo ventilatório e ou dependência de O2
- ✓ Doença Reumatológica aguda
- ✓ Gravidez e pós-parto até 4 semanas
- ✓ História prévia de TEV
- ✓ Infarto Agudo do Miocárdio (infarto prévio em até seis meses)
- ✓ ICC classe III e IV
- ✓ Idade \geq 55 anos
- ✓ Infecção (exceto torácica)
- ✓ Insuficiência arterial
- ✓ Internação em UTI
- ✓ Obesidade IMC (>30)
- ✓ Paresia/paralisia (MMII)
- ✓ Quimioterapia/ Hormonioterapia (em uso)
- ✓ Reposição hormonal/ uso de contraceptivos
- ✓ Síndrome nefrótica
- ✓ Trombofilia
- ✓ Varizes/ Insuficiência venosa crônica
- ✓ Abortamento recorrente
- ✓ Tabagismo

4.1.3 TABELA 2 - Contra Indicações para Profilaxia Medicamentosa

ABSOLUTAS

- ✓ Sangramento ativo
- ✓ Úlcera péptica ativa

RELATIVAS

- ✓ Hipertensão arterial sistêmica não controlada (>180x110mmHg)
- ✓ Coagulograma (plaquetopenia do INR = 1,5)
- ✓ Alergia ou plaquetopenia por heparina)
- ✓ Insuficiência renal (depuração < 30ml/min)
- ✓ Cirurgia Cardíaca ou ocular < 2 semanas
- ✓ Coleta de líquido cefalorraquiano < 24 horas
- ✓ TCE

4.1.4 TABELA 3- Contra Indicação para profilaxia mecânica

- ✓ Fratura exposta
- ✓ Infecção em membros inferiores
- ✓ Insuficiência arterial periférica de membros inferiores
- ✓ Insuficiência cardíaca grave
- ✓ Úlcera de membros inferiores

Obs: Nos casos de contra indicação a profilaxia medicamentosa, e o paciente apresentar risco, utilizar a profilaxia mecânica com meia elástica.

4.2 Avaliação do Risco/ Equipe de Enfermagem

Enfermeiro

Na admissão do paciente na Unidade de Internação/ Unidade de Terapia Intensiva/ Unidade de Apoio Respiratório/Unidade de Apoio ao Pronto Socorro, o Enfermeiro deverá realizar a avaliação de risco na admissão do paciente, documento de prontuário (avaliação de risco TVP Clínico, clicar em calcular, salvar e imprimir).

Reavaliação: O paciente deverá ser reavaliado a cada 48 horas ou caso seja realizada abertura da ficha do TRR código amarelo ou se houver transferência para UTI deverá ser realizada uma nova avaliação de risco.

O Enfermeiro deverá realizar a prescrição de enfermagem de acordo com os riscos identificados.

Exemplo:

Cuidados com Heparina: MAR (MEDICAMENTO DE ALTO RISCO) - Consulte o Enfº Antes de Administrar, é necessária dupla checagem.

 <p>Sua vida em movimento.</p>	<p>PROTOCOLO Protocolo de Profilaxia de TEV - Pacientes Clínicos Versão: 3 Data da Atualização: 12/02/2021</p>	<p>CÓDIGO:PRT.0090 Validade: 12/02/2023</p>
--	---	--

Principais reações adversas: choque hemorrágico, hipercalemia, náuseas e vômitos.

Monitoramento: sinais de sangramento, TTPA

Médico

Na primeira prescrição médica o sistema deverá sinalizar qual o risco o paciente apresenta: Com Risco ou Sem Risco e sinalizar qual é a profilaxia indicada de acordo com o risco:

PROFILAXIA

Profilaxia Alto Risco e Moderado: enoxaparina 40mg por via subcutânea uma vez ao dia (1x/dia) duração de acordo com a cirurgia ou heparina 5.000 UI por via subcutânea de 8/8 horas.

Profilaxia Intermediário: enoxaparina 20mg por via subcutânea uma vez ao dia (1x/dia) duração de acordo com a cirurgia ou heparina 5.000 UI por via subcutânea 12/12h.

Profilaxia Baixo Risco: Deambulação precoce, deambulação assistida.

Caso o paciente apresente algumas das contra indicações prescrever uso de meias elásticas.

Alerta: Se o paciente tiver IRC (Clearance de Creatinina > 30ml/ min), prescrever heparina SC 5.000UI por via subcutânea.

Obs.: O médico poderá excluir o paciente do Protocolo, porém o mesmo deverá realizar a justificativa no documento de prontuário: exclusão do Protocolo de TVP.

4.3 Conduta Equipe de Fisioterapia

A Fisioterapia irá identificar os pacientes inseridos no protocolo e a classificação de risco em relatório estatístico diário.

Os pacientes irão receber atendimento de Fisioterapia Motora mediante prescrição médica, com conduta condizente ao quadro clínico e avaliação funcional individual.

Durante a Fisioterapia Motora, serão estimulados de acordo com a condição clínica do paciente, exercícios musculares localizados (EML), que trabalhem a amplitude completa de movimento de MMSS e MMII:

- Ombros: flexão, abdução, adução rotações interna e externa;
- Cotovelos: flexão e extensão, pronação e supinação;
- Mãos e punhos: flexão, extensão, abdução e adução;
- Quadris e Joelhos: flexão, extensão, abdução, adução , rotações interna e externa;
- Tornozelos e pés: flexão, extensão e circundução;
- Cinco repetições para cada articulação.

- Sedestação no leito
- Posicionamento sentado em poltrona
- Deambulação de 60 a 100m

Nos casos que receberem prescrição médica de meia elástica, o Fisioterapeuta irá realizar as medidas de tornozelo, panturrilha, coxa e altura do membro inferior para determinar o tamanho da meia elástica a ser utilizada.

4.4 Conduta Farmacêutica Clínica

O Farmacêutico Clínico deverá realizar o monitoramento através do Relatório de Acompanhamento do Protocolo de TVP, verificando a adesão médica da profilaxia medicamentosa, nos casos de não adesão, realizar contato com a equipe médica orientando sobre a importância da adesão ao Protocolo, se o Médico Titular não estiver no HMSC realizar contato com o Médico Hospitalista.

Obs.: Na ausência do Médico Titular, acionar o Médico Hospitalista, através do bip, e realizar a abertura da ficha do TRR código branco.

5. Observações

5.1 Critérios de Exclusão

Berçário, Berçário Patológico, UTI Neonatal, UTI Pediátrica, Pediatria e Maternidade.

5.2 Critérios de inclusão

Todos os pacientes acima de 40 anos.

6. Bibliografia

1-Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, et al. Prevention of venous thromboembolism. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 2008; 133:381 S-453S. Disponível em http://www.chestjournal.org/content/133/6_suppl/381S.full.pdf+html.

2. Samama MM, Cohen AT, Darmon JY, et al. A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. N Engl J Med 1999; 341:793–800.

Disponível em <http://content.nejm.org/cgi/reprint/341/11/793.pdf>.

3. Alain Leizorovicz, MD; Alexander T. Cohen, MD; Alexander G.G. Turpie, et al. Randomized, placebocontrolled trial of dalteparin for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. Circulation 2004; 110:874–879. Disponível em <http://www.circ.ahajournals.org/cgi/reprint/110/7/874>.

4. Sherman DG, Albers GW, Bladin C, et al. The efficacy and safety of enoxaparin versus unfractionated heparin for the prevention of venous thromboembolism after acute ischaemic

 <p>São Cristóvão saúde <i>Sua vida em movimento.</i></p>	<p>PROTOCOLO Protocolo de Profilaxia de TEV - Pacientes Clínicos</p> <p>Versão: 3 Data da Atualização: 12/02/2021</p>	<p>CÓDIGO:PRT.0090 Validade: 12/02/2023</p>
---	---	---

stroke (PREVAIL Study): an open-label randomized comparison. Lancet 2007; 369:1347–1355. Disponível em [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60633-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60633-3/fulltext).

5. Diretriz Brasileira de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso em Pacientes Clínicos internados.

Disponível online em http://www.projetodiretrizes.org.br/volume_4.php.

7. Registros

Painel de Bordo dos Indicadores
Prontuário digitalizado
Prontuário Eletrônico
Relatório do Protocolo de TVP
Ficha de avaliação de TEV clínico