



HOSPITAL SANTA ISABEL

## PROTOCOLO DE PROFILAXIA TEV/TEP

<b>Controlado por:</b> Qualidade e Desenvolvimento Organizacional		<b>Proponente:</b> Coordenação de Riscos/Protocolos			
<b>Arquivo:</b> SQ/HSI/GR/DC	<b>Endereço Eletrônico:</b> SISC	<b>Código:</b> DC. 071061510.1	<b>Data de Emissão:</b> 01/08/2015	<b>Revisão:</b> 00	<b>Página:</b> 1 - 13

### I - OBJETIVO

Este documento normativo tem como finalidade estabelecer a profilaxia do Tromboembolismo Venoso e Tromboembolismo Pulmonar em pacientes clínicos e cirúrgicos internados.

### II - CONCEITO

**1 - Tromboembolismo venoso (TEV):** refere - se a várias manifestações clínicas decorrentes da interrupção total ou parcial do fluxo de sangue dentro do vaso sanguíneo, incluindo principalmente a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP).

**1.1 - Trombose venosa profunda (TVP):** é uma doença caracterizada pela formação de trombos de forma oclusiva total ou parcial, em veias do sistema venoso profundo, que pode levar às complicações graves como a tromboembolia pulmonar (TEP) e a Síndrome pós - trombótica.

**1.2 - Tromboembolismo pulmonar (TEP):** a embolia pulmonar é definida como a obstrução de artérias dos pulmões por coágulos (trombos) que se desprendem das veias com trombose venosa. Com isso os pulmões perdem grandes áreas de oxigenação do sangue, levando à diminuição da saturação do oxigênio sanguíneo e tecidual, chegando mesmo até a morte.

**1.3 - Síndrome pós - trombótica ou flebítica:** é o nome que damos a todas as alterações que acontecem a médio e longo prazo nos membros inferiores dos pacientes que tiveram uma trombose venosa profunda.

Estas alterações podem acontecer nas veias profundas, quando não existe a recanalização natural das veias ,porque os coágulos (trombos) permaneceram lá sem serem dissolvidos pelo próprio organismo.

A profilaxia adequada reduz a incidência de TEV e conseqüentemente diminui - se o tempo de internação, os gastos provenientes deste tratamento e a morbidade causada pela seqüela tardia, nos casos de TVP, porém, não elimina a ocorrência da doença.

Qualidade e Desenvolvimento Organizacional	Gerência de Enfermagem	Diretoria Clínica	Diretoria Técnica



HOSPITAL SANTA ISABEL

## PROTOCOLO DE PROFILAXIA TEV/TEP

Controlado por: Qualidade e Desenvolvimento Organizacional			Proponente: Coordenação de Riscos/Protocolos		
Arquivo: SQ/HSI/GR/DC	Endereço Eletrônico: SISC	Código: DC. 071061510.1	Data de Emissão: 01/08/2015	Revisão: 00	Página: 2 - 13

### III - ABRANGÊNCIA

- 1 - Unidade de Internação;
- 2 - Unidade de Terapia Intensiva;
- 3 - Pronto Socorro;
- 4 - Centro Cirúrgico;
- 5 - Hemodinâmica.

### IV - RESPONSABILIDADE

#### 1 - Médico

Responsável pela identificação do risco e prescrição da profilaxia

#### 2 - Enfermeiro

Responsável pela identificação do risco para TEV/TEP, aplicação e monitoramento das profilaxias.

#### 3 - Fisioterapeuta

Responsável em aplicar a rotina para reestabelecimento da parte motora do paciente.

#### 4 - Nutricionista

Responsável por monitorar interações entre medicamentos e nutrientes.

#### 5 - Farmacêutico

Responsável por realizar a reconciliação medicamentosa e percepção de interações.

#### 6 - Gerenciamento de Protocolos

Responsável pelo gerenciamento do protocolo.

### V- DOCUMENTOS ENVOLVIDOS

Protocolo de Profilaxia TEV/TEP

Prontuário do paciente

Avaliação de Risco- Impresso MV - prontuário eletrônico

### VI - DIAGNÓSTICO

#### 1- Tipos de Diagnósticos;

##### Médico:

O diagnóstico se baseia no quadro clínico e nos exames complementares de imagem e exames laboratoriais.

#### 1.1 - Diagnóstico Clínico:

Trombose Venosa Profunda	Embolia Pulmonar
Dor na musculatura posterior da perna	Taquipnéia (frequência respiratória/min. >20)
Edema geralmente unilateral = <u>abaixo do joelho</u> ; trombose venosa distal <u>até a virilha</u> ; trombose venosa proximal	Dispneia
Calor local	Taquicardia (batimentos cardíacos/min >100)
Eritema e descoloramento da pele	Cianose generalizada
Veias superficiais dilatadas	Hemoptise
Cianose localizada	Colapso súbito



HOSPITAL SANTA ISABEL

## PROTOCOLO DE PROFILAXIA TEV/TEP

Controlado por: Qualidade e Desenvolvimento Organizacional			Proponente: Coordenação de Riscos/Protocolos		
Arquivo: SQ/HSI/GR/DC	Endereço Eletrônico: SISC	Código: DC. 071061510.1	Data de Emissão: 01/08/2015	Revisão: 00	Página: 3 - 13

Tosse e Sudorese

### 1.2 - Diagnóstico Laboratorial:

#### 1.2.1D - Dímero

- ✓ Produto da degradação da fibrina que reflete a atividade fibrinolítica e a presença de trombos no interior dos vasos.
- ✓ Mensuração de seus níveis plasmáticos apresenta boa sensibilidade para o diagnóstico.
- ✓ Baixa especificidade (falso - positivo em doenças crônicas, procedimentos cirúrgicos e traumas).
- ✓ Níveis normais excluem TEV.

**Nota 01:** Realizado para efeito de diagnóstico inicial.

### 1.3 - Diagnóstico por Imagem:

- ✓ Cintilografia Pulmonar (com ventilação e perfusão) usado no diagnóstico de TEP, sendo indicado em casos de alergia ao contraste;
- ✓ Raios - X de Tórax e Eletrocardiograma também fazem parte da avaliação dos pacientes com TEP;
- ✓ Tomografia Computadorizada Helicoidal com protocolo para TEV;

### 1.4 - Fatores de Risco para TEV em pacientes clínicos e cirúrgicos

Abortamento recorrente	Insuficiência cardíaca classe funcional III ou IV
Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico	Insuficiência respiratória
Anticoncepcional hormonal	Internação em unidade de terapia intensiva
Neoplasias	Obesidade
Cateter venoso central	Paresia ou paralisia de membros inferiores
Doença inflamatória intestinal ( <b>ativa</b> )	Puerpério (até 4 semanas)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	Quimioterapia
Doença reumatológica ( <b>ativa</b> )	Reposição hormonal
Idade $\geq$ 55 anos	Síndrome nefrótica
Infarto agudo do miocárdio ( <b>atual</b> )	TEV prévio
Infecção	Trombofilias (antecedente familiar de trombose)
Insuficiência arterial periférica	Varizes / Insuficiência venosa periférica

## 2- Profilaxia

A profilaxia é dividida em métodos farmacológicos e métodos mecânicos.



HOSPITAL SANTA ISABEL

## PROTOCOLO DE PROFILAXIA TEV/TEP

<b>Controlado por:</b> Qualidade e Desenvolvimento Organizacional		<b>Proponente:</b> Coordenação de Riscos/Protocolos			
<b>Arquivo:</b> SQ/HSI/GR/DC	<b>Endereço Eletrônico:</b> SISC	<b>Código:</b> DC. 071061510.1	<b>Data de Emissão:</b> 01/08/2015	<b>Revisão:</b> 00	<b>Página:</b> 4 - 13

### 2.1- Profilaxia com métodos farmacológicos.

✓ Utilizar os fármacos anticoagulantes à base de heparina, como heparina não fracionada, heparina de baixo peso molecular; inibidor de trombina, inibidor do fator Xa, inibidor de fatores K dependentes.

### 2.2 - Contraindicações para os métodos farmacológicos:

#### 2.2.1 - Absolutas

- ✓ Já em uso de anticoagulação;
- ✓ Hipersensibilidade aos anticoagulantes;
- ✓ Plaquetopenia induzida por heparinas há menos de 100 dias;
- ✓ Sangramento ativo.

#### 2.2.2 - Relativas

- ✓ Cirurgia intracraniana ou ocular recente < 2 semanas;
- ✓ Coleta de LCR ou cateter peridural nas últimas 24 horas;
- ✓ Diátese hemorrágica (alteração de plaquetas ou coagulograma INR > 1,5);
- ✓ Hipertensão arterial não controlada (> 180X110 mmhg);
- ✓ Insuficiência renal (clearance < 30 ml/ min.).

**Nota 02:** Em pacientes com insuficiência renal, a preferência é por utilização de HNF, pois depender menos de eliminação renal do que as HBPM. Outra vantagem é a possibilidade de fácil monitorização com tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) que não deve alterar quando se utilizam doses profiláticas de HNF. Sua alteração indicará, portanto, uma correção na dose.

### 2.3 - Profilaxia com métodos mecânicos.

Quando o paciente apresentar risco de TEV aumentado, mas houver contraindicação à profilaxia medicamentosa, devem ser utilizados métodos mecânicos de profilaxia, sendo esses:

- ✓ Meia elástica de compressão gradual (MECG);
- ✓ Dispositivos mecânicos de compressão pneumática intermitente (CPI);
- ✓ Bombas plantares (BP).

### 2.4 - Contraindicações para os métodos de profilaxia mecânica:

- ✓ Fratura exposta;
- ✓ Queimadura ou infecção em membros inferiores;
- ✓ Insuficiência arterial periférica de membros inferiores;
- ✓ Insuficiência cardíaca grave;
- ✓ Úlcera em membros inferiores.

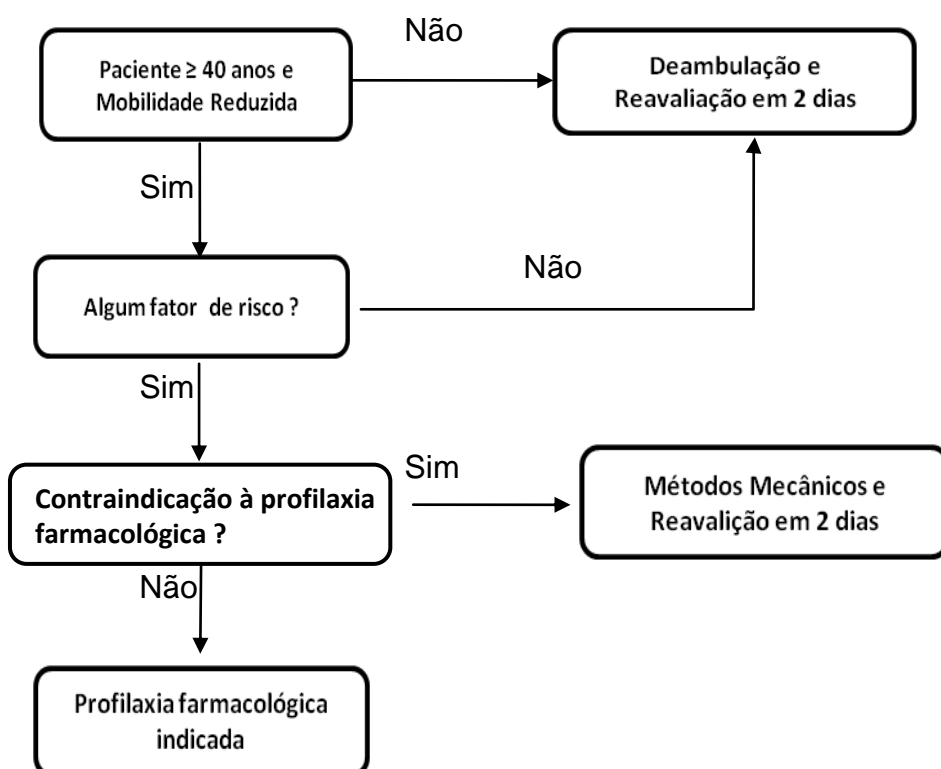


HOSPITAL SANTA ISABEL

## PROTOCOLO DE PROFILAXIA TEV/TEP

Controlado por: Qualidade e Desenvolvimento Organizacional			Proponente: Coordenação de Riscos/Protocolos		
Arquivo: SQ/HSI/GR/DC	Endereço Eletrônico: SISC	Código: DC. 071061510.1	Data de Emissão: 01/08/2015	Revisão: 00	Página: 5 - 13

### 2.4 - Algoritmo para avaliação de risco do Paciente Clínico



#### 2.5.1 - Profilaxia em Pacientes Clínicos

✓ A profilaxia está indicada nos pacientes clínicos internados (com previsão de permanecerem mais de 48h internados);

✓ Possuir idade igual ou maior que quarenta anos;

✓ Pacientes que permanecem deitados ou sentados à beira do leito por mais da metade das horas do dia (excluído o período de sono);

✓ Deve apresentar ao menos um fator de risco para TEV;

**Nota 03:** Pacientes clínicos que não se encaixem na definição acima, mas apresentarem fatores de riscos adicionais, podem se beneficiar da quimioprofilaxia.

✓ São indicados os seguintes esquemas para Profilaxia Farmacológica de Pacientes Clínicos:

- Heparina Não Fracionada 5000 UI SC a cada 8 horas - eliminação hepática;
- Heparina de baixo peso molecular (HBPM) - Enoxaparina 40 MG SC 1 vez ao dia - eliminação renal; (se idade menor que 75 anos e ausência de Insuficiência Renal);
- Varfarina (Marevan) 5mg VO conforme resultado do INR (manter entre 2,0 e 3,0).



HOSPITAL SANTA ISABEL

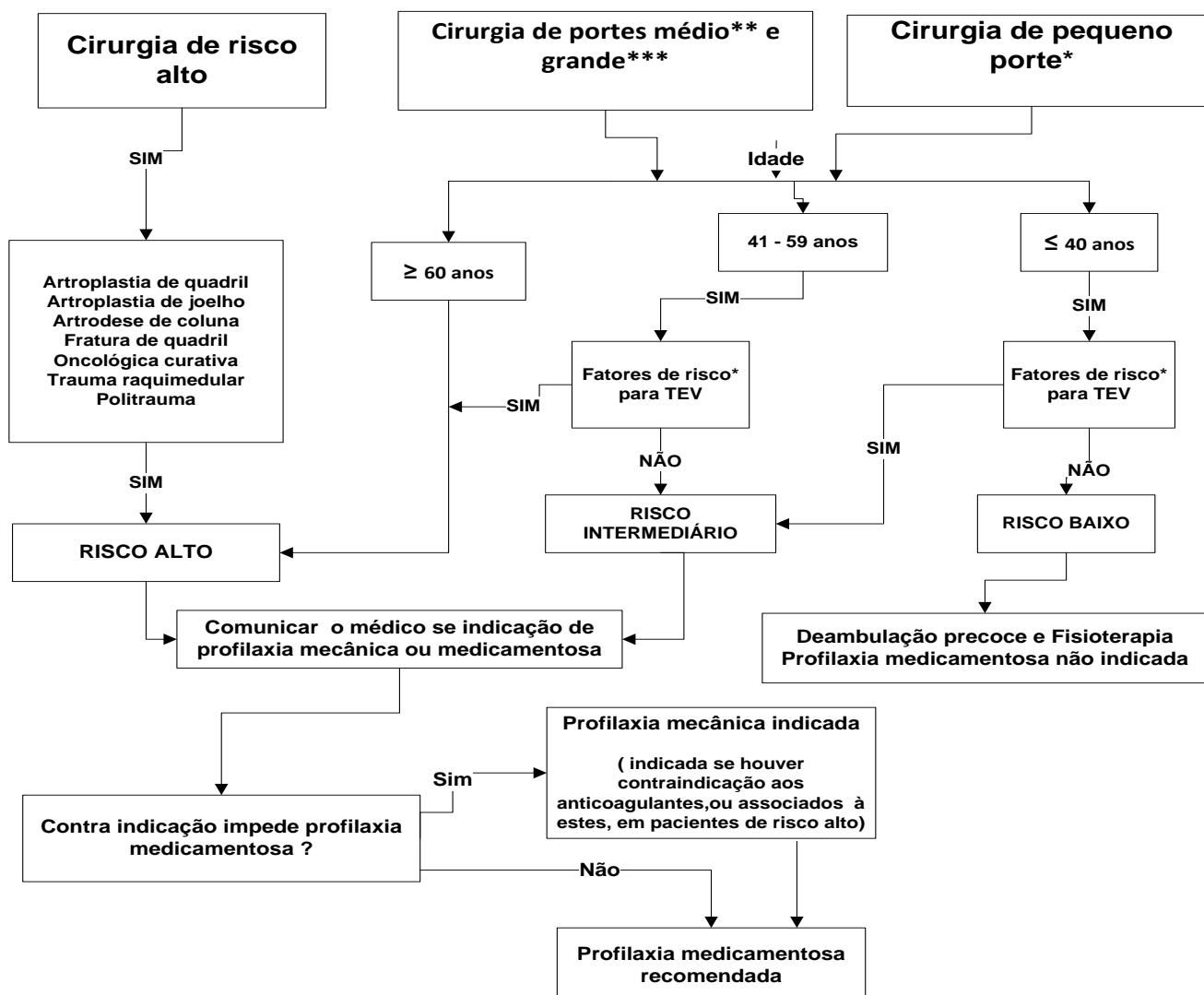
## PROTOCOLO DE PROFILAXIA TEV/TEP

Controlado por: Qualidade e Desenvolvimento Organizacional			Proponente: Coordenação de Riscos/Protocolos		
Arquivo: SQ/HSI/GR/DC	Endereço Eletrônico: SISC	Código: DC. 071061510.1	Data de Emissão: 01/08/2015	Revisão: 00	Página: 6 - 13

**Nota 04:** A profilaxia em pacientes clínicos deverá ser mantida por 6 - 14 dias ou enquanto persistir o risco, sendo que em muitas situações o paciente poderá manter a profilaxia em sua residência.

Respeitar a opção terapêutica individualizada caso a caso.

### 2.6 - Algoritmo para avaliação de risco do Paciente Cirúrgico





HOSPITAL SANTA ISABEL

## PROTOCOLO DE PROFILAXIA TEV/TEP

Controlado por: Qualidade e Desenvolvimento Organizacional			Proponente: Coordenação de Riscos/Protocolos		
Arquivo: SQ/HSI/GR/DC	Endereço Eletrônico: SISC	Código: DC. 071061510.1	Data de Emissão: 01/08/2015	Revisão: 00	Página: 7 - 13

### 2.6.1- Classificação das cirurgias quanto ao porte cirúrgico (perfil HSI).

#### \* Cirurgias de pequeno porte:

- ✓ GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA
- ✓ URETEROLITOTRIPSIA FLEXÍVEL UNILATERAL
- ✓ RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J
- ✓ ELETROCONVULSOTERAPIA SOB ANESTESIA
- ✓ ABCESSO ANORRETAL DRENAGEM
- ✓ COLOCAÇÃO URETEROSCÓPICA DE DUPLO J UNILATERAL
- ✓ AMIGDALECTOMIA DAS PALATINAS
- ✓ URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA UNILATERAL
- ✓ INCONTINÊNCIA URINÁRIA SLING VAGINAL OU ABDOMINAL
- ✓ LESÃO ANAL ELETROCAUTERIZAÇÃO
- ✓ TENÓLISE NO TÚNEL OSTEOFIBROSO
- ✓ DILATAÇÃO DO COLO UTERINO
- ✓ ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
- ✓ URETROTOMIA INTERNA
- ✓ TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO UNILATERAL
- ✓ VARIZES TRATAMENTO CIRURGICO DE DOIS MEMBROS
- ✓ HEMORROIDECTOMIA ABERTA OU FECHADA COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA
- ✓ BIÓPSIA ENDOSCÓPICA DE BEXIGA INCLUI CISTOSCOPIA
- ✓ COLONOSCOPIA INCLUI A RETOSSIGMOIDOSCOPIA
- ✓ EXERESE DE LIPOMAS
- ✓ RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE FIOS OU PINOS METÁLICOS TRANSOSSEOS
- ✓ CURETAGEM PÓS- ABORTAMENTO
- ✓ HERNIORRAFIA UMBILICAL
- ✓ VASECTOMIA UNILATERAL
- ✓ TUMOR ANORRETAL RESSECÇÃO ENDO ANAL
- ✓ EXTENSOES FERIMENTOS CICATRIZES OU TUMORES EXCISÃO E RETALHOS CUTÂNEOS
- ✓ BLOQUEIO PERIDURAL OU SUBARACNOÍDEO C/CORTICOIDE
- ✓ FISTULECTOMIA ANAL
- ✓ TUMOR DE TESTÍCULO RESSECÇÃO
- ✓ EXERESE DE TUMOR DE PELE
- ✓ SEPTOPLASTIA QUALQUER TÉCNICA SEM VÍDEO
- ✓ TRAQUELECTOMIA
- ✓ HALLUX VALGUS UM PÉ TRATAMENTO CIRÚRGICO
- ✓ LARINGECTOMIA PARCIAL
- ✓ BIÓPSIA DE LÁBIO
- ✓ RETIRADA DE BALÃO INTRAGÁSTRICO
- ✓ TIREOIDECTOMIA TOTAL
- ✓ FACECTOMIA COM LENTE INTRAOCULAR SEM FACOEMULSIFICAÇÃO
- ✓ BLEFAROPLASTIA
- ✓ VARICOCELE UNILATERAL CORREÇÃO CIRURGICA
- ✓ FRATURAS E OU LUXACOES AO NÍVEL DO TORNOZELO TRATAMENTO CIRURGICO
- ✓ TIMPANOTOMIA EXPLORADORA UNILATERAL
- ✓ HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA
- ✓ POSTECTOMIA
- ✓ COLOCACÇÃO DE SHUNT DEFINITIVO
- ✓ PTOSE PALPEBRAL CORREÇÃO CIRURGICA UNILATERAL
- ✓ LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA GINECOLÓGICA



HOSPITAL SANTA ISABEL

## PROTOCOLO DE PROFILAXIA TEV/TEP

Controlado por: Qualidade e Desenvolvimento Organizacional			Proponente: Coordenação de Riscos/Protocolos		
Arquivo: SQ/HSI/GR/DC	Endereço Eletrônico: SISC	Código: DC. 071061510.1	Data de Emissão: 01/08/2015	Revisão: 00	Página: 8 - 13

### **\*\* Cirurgias de médio porte:**

- ✓ SEPTOPLASTIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA
- ✓ RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA PRÓSTATA
- ✓ ETMOIDECTOMIA INTRANASAL
- ✓ RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM PRÓTESE
- ✓ TUMOR VESICAL RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA
- ✓ DERMOLIPECTOMIA PARA CORREÇÃO DE ABDOME EM AVENTAL
- ✓ GASTRECTOMIA PARCIAL SEM VAGOTOMIA
- ✓ ARTROSCOPIA TORNOZELO
- ✓ PLÁSTICA MAMÁRIA MASCULINA (GINECOMASTIA)
- ✓ EMBOLECTOMIA OU TROMBO EMBOLECTOMIA ARTERIAL
- ✓ SEGMENTECTOMIA HEPÁTICA
- ✓ REFLUXO GASTROESOFÁGICO TRATAMENTO CIRÚRGICO (HERNIA DE HIATO) POR VÍDEO
- ✓ ARTRODESE AO NÍVEL DO OMBRO TRATAMENTO CIRÚRGICO
- ✓ MIOMECTOMIA UTERINA
- ✓ LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA
- ✓ SINOVECTOMIA TRATAMENTO CIRÚRGICO
- ✓ OSTEOTOMIA TIPO LEFORT II
- ✓ RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR
- ✓ DERIVAÇÃO VENTRÍCULO EXTERNA
- ✓ LIPOASPIRAÇÃO
- ✓ OOFORRECTOMIA LAPAROSCÓPICA UNI OU BILATERAL OU OOFOROPLASTIA
- ✓ MASTOPEXIA MAMA DIR E ESQ BILATERAL
- ✓ TÍMPANO MASTOIDECTOMIA
- ✓ ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL
- ✓ APENDICECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA
- ✓ COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA

### **\*\*\* Cirurgias de grande porte**

- ✓ MICROCIRURGIA PARA TUMORES INTRACRANIANOS
- ✓ TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DAS LESÕES INTRAMENDULARES
- ✓ REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO
- ✓ TROCA VALVAR
- ✓ HIPOFISECTOMIA
- ✓ COLECTOMIA TOTAL COM ÍLEO RETO ANASTOMOSE
- ✓ DERIVAÇÃO VENTRÍCULO ATRIAL COM SISTEMA VALVULAR
- ✓ GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA QUALQUER TÉCNICA/SEPTAÇÃO
- ✓ FRATURAS DE FEMUR TRATAMENTO CIRÚRGICO
- ✓ RETOSSIGMÓIDECTOMIA





HOSPITAL SANTA ISABEL

## PROTOCOLO DE PROFILAXIA TEV/TEP

Controlado por: Qualidade e Desenvolvimento Organizacional			Proponente: Coordenação de Riscos/Protocolos		
Arquivo: SQ/HSI/GR/DC	Endereço Eletrônico: SISC	Código: DC. 071061510.1	Data de Emissão: 01/08/2015	Revisão: 00	Página: 9 - 13

### 2.6.2 Classificação dos pacientes conforme o Risco Cirúrgico:

- Risco BAIXO; (algoritmo paciente cirúrgico).
- Risco INTERMEDIÁRIO; (algoritmo paciente cirúrgico)
- Risco ALTO; algoritmo paciente cirúrgico + s cirurgias:
  - ✓ ARTROPLASTIA DE QUADRIL
  - ✓ ARTROPLASTIA DE JOELHO
  - ✓ ARTRODESE DE COLUNA
  - ✓ FRATURA DE QUADRIL
  - ✓ ONCOLÓGICA CURATIVA
  - ✓ TRAUMA RAQUI MEDULAR
  - ✓ POLITRAUMA

### 2.6.3 - Profilaxia em Pacientes Cirúrgicos

✓ Em pacientes cirúrgicos, 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 profilaxia específica para TEV;

✓ 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;

**Nota 05:** Recomendações válidas para todos os tipos de cirurgia: geral, vascular, ginecológica, urológica, laparoscópica, bariátrica, torácica, cardíaca, cabeça e pescoço, ortopédica, neurológica e de trauma. Caso o paciente apresente restrição aguda da mobilidade e associação de fatores de risco ou fatores de risco significativos, como história prévia ou familiar de TEV ou neoplasias (exceto de pele), o risco deve ser individualizado.

### 2.6.4 Esquemas de Profilaxia Farmacológica conforme o Risco Cirúrgico

#### ✓ Pacientes com Risco Intermediário:

- Heparina não fracionada (HNF) 5.000 Ui SC a cada 12 horas;
- Heparina de baixo peso molecular (HBPM) - Enoxaprina **40 MG SC**, 1 vez ao dia (se idade menor que 75 anos e ausência de Insuficiência Renal).

#### ✓ Pacientes com Alto Risco:

- Heparina não fracionada (HNF) 5.000 UI SC a cada 8 horas.
- Heparina de baixo peso molecular (HBPM) - Enoxaprina **40 MG SC**, 1 vez ao dia (se idade menor que 75 anos e ausência de Insuficiência Renal).



HOSPITAL SANTA ISABEL

## PROTOCOLO DE PROFILAXIA TEV/TEP

Controlado por: Qualidade e Desenvolvimento Organizacional			Proponente: Coordenação de Riscos/Protocolos		
Arquivo: SQ/HSI/GR/DC	Endereço Eletrônico: SISC	Código: DC. 071061510.1	Data de Emissão: 01/08/2015	Revisão: 00	Página: 10 - 13

**Nota 06:** Pacientes considerados com alto risco devem receber terapia medicamentosa associada à profilaxia mecânica (MECG, CPI ou BP). De modo geral, a profilaxia deve ser mantida por 7 a 10 dias, mesmo que o paciente tenha alta ou volte a deambular.

### 2.7 - Profilaxias específicas por Subgrupos de Pacientes Cirúrgicos

#### 2.7.1 - Artroplastia e fratura de quadril

A profilaxia pode ser realizada com:

- HBPM ou Varfarina (manter INR entre 2 e 3);
- Rivaroxabana (Xarelto) = 1 cp. 10mg **VO**, 1 vez ao dia ; iniciando de 6 a 10 horas após a cirurgia.
- Dabigatrana (Pradaxa) = 1ª dose 01 cápsula de 110mg **VO**, de 1 a 4 horas após o término da cirurgia e manter 220mg VO 1 (uma) vez ao dia .

**Nota 07:** Não utilizar HNF, Aspirina ou Dextran, como método isolado de profilaxia;

**Nota 08:** Manter a profilaxia por 5 semanas.

#### 2.7.2 - Cirurgia de Artroplastia total de quadril

A profilaxia pode ser realizada com:

- ✓ Dabigatrana (Pradaxa) 1 cápsula de 110 mg VO ,1x/dia, indicado no dia da cirurgia (1 - 4 horas após a cirurgia);
- ✓ Dabigatrana (Pradaxa) 2 cápsulas de 110 mg (220 mg) VO, 1x/dia, indicado no 2º ao 35º dia da cirurgia (ou 2 - 28);
- ✓ Em pacientes com mais de 75 anos, em uso de amiodarona e clearance de creatinina de 30 - 50ml/min, a dosagem será a mesma adotada para os demais pacientes.

**Nota 09:** No caso de prevenção de tromboembolismo após cirurgia ortopédica, se perder o horário da dose do medicamento continue com a próxima dose diária no mesmo horário programado; não se administrar a dose duplicada para substituir a dose perdida.

**Nota 10:** As cápsulas de PRADAXA são ovais com uma parte azul claro e a outra creme, e no interior há grânulos amarelados, pode ser ingerida com ou sem alimentos e com um copo de água para facilitar o trânsito do medicamento até o estômago.

#### 2.7.3 - Artroplastia de joelho

A profilaxia pode ser realizada com:

- ✓ HBPM ou Varfarina (manter INR entre 2 e 3);
- ✓ Rivaroxabana (Xarelto) = 1 cp. 10mg VO, 1 vez ao dia ; iniciando de 6 a 10 horas após a cirurgia;
- ✓ Dabigatrana (Pradaxa) = 1ª dose 01 cápsula de 110mg VO de 1 a 4 horas após o término da cirurgia e manter 220mg VO 1 vez ao dia .

**Nota 11:** Não utilizar HNF, Aspirina ou Dextran, como método isolado de profilaxia;

**Nota 12:** Manter a profilaxia pelo menos por 10 dias, podendo ser estendida por 5 semanas;



HOSPITAL SANTA ISABEL

## PROTOCOLO DE PROFILAXIA TEV/TEP

Controlado por: Qualidade e Desenvolvimento Organizacional			Proponente: Coordenação de Riscos/Protocolos		
Arquivo: SQ/HSI/GR/DC	Endereço Eletrônico: SISC	Código: DC. 071061510.1	Data de Emissão: 01/08/2015	Revisão: 00	Página: 11 - 13

**Nota 13:** O uso ideal de CPI, ou seja, o dia todo, por pelo menos 10 dias, é uma alternativa à profilaxia medicamentosa.

### 2.7.4 - Cirurgia Oncológica curativa:

Manter a profilaxia por até 28 dias, conforme esquemas indicados nos subitem 2.7.

### 2.7.5 - Trauma, traumatismo raquimedular e queimados:

✓ Manter a profilaxia durante o período de reabilitação até a recuperação, podendo utilizar HBPM ou Varfarina (manter INR entre 2 e 3);

✓ Nos pacientes que apresentarem sangramento ativo ou alto risco de sangramento recomenda - se o uso de métodos **não** farmacológicos, como CPI ou MEGG bilaterais.

### 2.7.6 - Cirurgia Bariátrica:

✓ Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica tem um aumentado risco de TEV. Complicações tromboembólicas decorrentes desta cirurgia são frequentemente relatadas incluindo trombose venosa profunda e embolia pulmonar com taxas em torno de 2,4%;

✓ A embolia pulmonar foi a causa mais frequentemente relatada de morte no período de 30 dias segundo o International Bariatric Surgery Registry. Todos os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica têm pelo menos dois fatores de risco (obesidade e o tempo da cirurgia) e a maioria tem um ou mais fatores adicionais. Não é adequada aplicação de profilaxia mecânica apenas;

✓ A deambulação precoce deve sempre ser encorajada adicionada às medidas de profilaxia mecânica. O Seventh American College of Chest Physicians Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy recomenda que a profilaxia farmacológica seja combinada com o uso de meia elástica e/ ou compressão pneumática intermitente para os pacientes de risco que irão se submeter ao procedimento cirúrgico;

✓ O uso de doses profiláticas maiores, do que doses usuais mostraram maior eficácia, mas apresentou maior aumento nas taxas de sangramento;

✓ O uso de métodos mecânicos combinados com farmacológicos pode ser utilizado, enquanto o paciente não estiver deambulando.

## 2.8- Tratamento farmacológico com Heparina

✓ O momento do início da heparina profilática varia com o risco de TEV, com a própria medicação e com o tipo de anestesia utilizado. Deve - se levar em conta que o início antes da cirurgia permitiria a proteção inclusive durante o procedimento cirúrgico, no entanto, para pacientes que serão submetidos a anestesia por bloqueio, o anticoagulante profilático deve ser administrado ou 12 horas antes ou 2 horas após a punção;

Em pacientes ortopédicos, pode - se iniciar a HBPM 12h antes ou 12 à 24h após a cirurgia;



HOSPITAL SANTA ISABEL

## PROTOCOLO DE PROFILAXIA TEV/TEP

<b>Controlado por:</b> Qualidade e Desenvolvimento Organizacional		<b>Proponente:</b> Coordenação de Riscos/Protocolos			
<b>Arquivo:</b> SQ/HSI/GR/DC	<b>Endereço Eletrônico:</b> SISC	<b>Código:</b> DC. 071061510.1	<b>Data de Emissão:</b> 01/08/2015	<b>Revisão:</b> 00	<b>Página:</b> 12 - 13

✓ Durante a utilização de heparinas, recomenda - se a realização de contagem de plaquetas pelo menos 2 vezes por semana.

### 2.9-Tratamento farmacológico com Rivaroxabana (Xarelto)

#### 2.9.1 Características

- ✓ Comprimido pequeno e de fácil deglutição;
- ✓ Sem ajuste de dose em relação à idade, sexo ou peso corporal;
- ✓ Sem necessidade de monitoramento de rotina da coagulação;
- ✓ Sem restrições alimentares;
- ✓ Baixo risco de interações medicamentosas;
- ✓ Rápido início de ação.

#### 2.9.2 Contra indicações:

- ✓ Comprometimento renal grave (Clearance de Creatinina < 15 ml/min);
- ✓ Uso concomitante com antimicóticos;
- ✓ Válvulas cardíacas protéticas;
- ✓ Como alternativa a heparinas não fracionadas em pacientes com EP que estão hemodinamicamente instáveis.

### 3 - Pacientes de Baixo Risco

Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos considerados de baixo risco para TEV podem ainda assim apresentar trombose, particularmente àqueles mais idosos ou com fatores de risco associados, como neoplasias, história prévia ou familiar de TEV, 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.

### VII - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Os pacientes serão avaliados na admissão e a cada 02 dias enquanto estiverem internados, buscando - se identificar fatores de risco para o surgimento de TEV; risco de sangramento e a melhor opção terapêutica quer seja ela farmacológica ou não.

É necessária a autorização e a prescrição do médico responsável para iniciar a execução de qualquer conduta sugerida.

### VIII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina; Agência Nacional de Saúde. Diretriz Brasileira de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso em pacientes clínicos internados. Diretriz de Embolia Pulmonar. Disponível online em: [http://www.projetoDiretrizes.org.br/volume\\_4.php](http://www.projetoDiretrizes.org.br/volume_4.php).



HOSPITAL SANTA ISABEL

## PROTOCOLO DE PROFILAXIA TEV/TEP

<b>Controlado por:</b> Qualidade e Desenvolvimento Organizacional		<b>Proponente:</b> Coordenação de Riscos/Protocolos			
<b>Arquivo:</b> SQ/HSI/GR/DC	<b>Endereço Eletrônico:</b> SISC	<b>Código:</b> DC. 071061510.1	<b>Data de Emissão:</b> 01/08/2015	<b>Revisão:</b> 00	<b>Página:</b> 13 - 13

**2** - 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](http://www.chestjournal.org/content/133/6_suppl/381S.full.pdf+html).

**3** - 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>.

**4** - Alain Leizorovicz, MD; Alexander T. Cohen, MD; Alexander G.G. Turpie, et al. Randomized, placebo controlled 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>.

**5** - 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 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).

**6** - Seventh American College of Chest Physicians Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy (David V. Gugliot, MD Cleveland Clinic, Journal of Medicine vol. 73 suppl 1, September 2006).

### **IX - NOTAS DE REVISÃO**

Não Aplicável.