

**PROTOCOLO PARA PROFILAXIA DA
DOENÇA TROMBOEMBÓLICA VENOSA**

Hospital e Maternidade
GALILEO

1. Introdução

A doença tromboembólica venosa é responsável por aproximadamente 10% dos óbitos hospitalares. Sem profilaxia adequada, 40 a 60% dos pacientes cirúrgicos e clínicos de alto risco desenvolvem TEV, sendo esta a causa de morte evitável mais comum no paciente hospitalizado.

Com a introdução de métodos adequados de profilaxia, há uma redução de 50% na incidência de TEV em pacientes hospitalizados e sua indicação baseia-se na alta frequência desta complicação, na maioria dos pacientes serem assintomáticos ou cursar com sintomas inespecíficos.

O termo tromboembolismo venoso (TEV), engloba duas condições frequentes: trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP).

2. Objetivos

- Redução da ocorrência de TEV e suas complicações
- Redução no custo hospitalar para tratamento das complicações relacionadas à TEV
- Identificar os fatores de risco para TEV e iniciar sua profilaxia o mais precoce possível
- Abertura do protocolo de TEV no momento da internação para todos os pacientes
- Todo paciente internado deve ser classificado quanto ao risco de TEV, deste modo sendo indicada a profilaxia ou não
- Toda equipe multiprofissional do corpo clínico do Hospital e Maternidade Galileo deve conhecer e fiscalizar o protocolo
- Individualizar cada indicação para cada paciente com a finalidade de minimizar o risco de sangramento

* Observação: 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 de um médico responsável para a decisão final. Desta forma, estas recomendações não devem ser encaradas pelo médico, pelos convênios ou pelas instituições de saúde como medidas obrigatórias.

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DOENÇA TROMBOEMBÓLICA VENOSA

| | |
|--|------------------------------------|
| Idade > 55 anos | Varicosidade nas veias periféricas |
| Obesidade | Imobilização |
| História prévia de doença tromboembólica | Paresia de membro |
| Cirurgia | Gravidez / Puerpério |
| TEV prévio | Abortamento recorrente |
| Trauma | Uso de contraceptivos orais |
| Câncer em atividade | Terapia de reposição hormonal |
| Quimioterapia | Insuficiência arterial periférica |
| Infarto agudo do miocárdio | Trombocitopenia por heparina |
| Insuficiência cardíaca congestiva | Presença de acesso venoso profundo |
| Insuficiência respiratória | Doença cerebrovascular |
| Infecção aguda | Tabagismo |
| DPOC | Trombofilias |
| Doença inflamatória intestinal | Doença reumatológica |
| Síndrome nefrótica | Uso de drogas endovenosas ilícitas |

CONTRA-INDICAÇÕES PARA QUIMIOPROFILAXIA

| ABSOLUTAS | RELATIVAS |
|-------------------------------------|---|
| Hipersensibilidade à heparinas | Cirurgia intracraniana recente |
| Plaquetopenia induzida por heparina | Cirurgia oftalmológica recente |
| Sangramento ativo | Coleta de LCR as últimas 24h |
| | Diátese hemorrágica (Alt. plaquetas ou RNI) |
| | HAS não controlada (>180x100mmHg) |
| | Insuficiência renal (< 30ml/min) |

GALILEO

Fluxograma para avaliação de risco em pacientes clínicos

IDADE > 40 ANOS + MOBILIDADE REDUZIDA

NÃO

Deambulação precoce e reavaliar em 2 dias

NÃO

FATOR DE RISCO ADICIONAL PARA TEV ?

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| AVC isquêmico | História prévia de TEV | Obesidade (IMC > 30) |
| Câncer | Infarto agudo miocárdio | Paresia / Paralisia de MMIIs |
| Cateter centrais | IC Classe Funcional III ou IV | Quimo / Hormonioterapia |
| Doença inflamatória Intestinal | Idade > 55 anos | Reposição Hormonal / ACOH |
| Doença Respiratória Grave | Infecção | Trombofilia |
| Doença Reumatológica Ativa | Insuficiência Arterial Periférica | Varizes / Ins. Venosa crônica |
| Gravidez e Pós-Parto | Internação em UTI | Tabagismo |

Considerar profilaxia em pacientes < 40 anos, mas com fatores risco adicionais para TEV

SIM

Profilaxia Mecânica

Contra-indicação para quimioprofilaxia

Hemorragia ativa Úlcera péptica ativa
HAS não controlada (>180x110 mmHg)

Plaquetopenia / RNI < 1,5

Alergia / plaquetopenia por heparina

Insuficiência Renal (ClCr < 30ml/min)

Coleta Líquor < 24h Paciente em

uso anticoagulante

SIM

Indicada se houver contra-indicação dos anticoagulantes, ou associada à esses, em pacientes de mais alto risco.

Compressão pneumática Intermitente

Fisioterapia motora das pernas

Profilaxia Medicamentosa

NÃO

HPNF 5.000 UI SC 8/8h

Enoxaparina 40mg SC 1x/dia * Obs.: Ajustar para 75% da dose em > 75 anos

Fondaparinux 2,5mg SC 1x/dia

RISCO ALTO

RISCO INTERMEDIÁRIO

RISCO BAIXO

DEAMBULAÇÃO

Fluxograma para avaliação de risco em pacientes cirúrgicos
CONTRA-INDICAÇÃO ?

Cirurgia NÃO

SIM Cirurgia porte médio e grande

I

Cirurgia porte Pequeno

MÉTODOS

- Artroplastia de quadril
- Artroplastia de joelho
- Fratura de quadril
- Oncológica curativa
- Trauma raquimedular
- Politrauma

| IDADE | | | | |
|-----------|--|-----|-------------------------------------|-----|
| > 60 anos | 40 - 60 anos + Fator de risco para TEV | | < 40 anos + Fator de risco para TEV | |
| | SIM | NÃO | SIM | NÃO |

Duração < 60'; internação < 2 dias; sem restrições de mobilidade

Endoscopia

Laparoscopia

Oftalmológica

Superficial

(Mama, plastica, dermatológica) Outra

FÍSICOS

Compressão pneumática Intermitente

QUIMIOPROFILAXIA INDICADA

Fisioterapia motora das pernas

HPNF 5.000 UI SC 8/8h¹²

Hospital e Maternidade GALILEO

Enoxaparina 40mg SC 1x/dia
2 Obs.: Ajustar para 75% da dose em > 75 anos

Fondaparinux 2,5mg SC 1x/dia

Esquemas de quimioprofilaxia

| RISCO | QUIMIOPROFILAXIA |
|---|--|
| Intermediário | <ul style="list-style-type: none"> - HBPM 5,000 UI SC 12/12h - Enoxaparina (HNF) 20mg SC 1x/dia - Fondaparinux 2,5mg SC 1x/dia |
| Alto | <ul style="list-style-type: none"> - HBPM 5,000 UI SC 8/8h - Enoxaparina (HNF) 40mg SC 1x/dia - Fondaparinux 2,5mg SC 1x/dia |
| Muito alto | Associar Quimioprofilaxia para alto risco com profilaxia mecânica: <ul style="list-style-type: none"> - Meia elástica de compressão gradual - Dispositivos mecânicos de compressão pneumática intermitente - Bombas plantares |
| É recomendado manter a profilaxia por 7 à 10 dias | |

Quando iniciar a quimioprofilaxia

| Medicação | Risco de TEV | Anestesia | Início em relação à cirurgia |
|-----------|---------------|-----------|------------------------------|
| HBPM | Alto | Qualquer | 12h antes * |
| | Intermediário | Geral | 2h antes |
| | Qualquer | Bloqueio | 2h após |
| HNF | | Geral | 2h antes |
| | | Bloqueio | 2h após |

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

Profilaxia em situações especiais

1. Artroplastia e fratura de quadril:

- A profilaxia pode ser realizada com HBPM ou Warfarina (RNI 2 a 3)
- Na artroplastia de quadril já foi liberada para uso no Brasil a DABIGATRANA 220mg VO 1x/dia (110mg na 1° dose, iniciando 1 a 4 horas após o término da cirurgia). Outra opção é a RIVAROXABANA também de uso oral, na dose de 10mg 1x/dia, iniciando 6 à 8h após à cirurgia.
- Não utilizar HNF, aspirina ou dextran, como método isolado de profilaxia.
- Manter a profilaxia por 5 semanas

2. Artroplastia e fratura de joelho:

- A profilaxia pode ser realizada com HBPM ou Warfarina (RNI 2 a 3)
- Na artroplastia de quadril já foi liberada para uso no Brasil a DABIGATRANA 220mg VO 1x/dia (110mg na 1° dose, iniciando 1 a 4 horas após o término da cirurgia). Outra opção é a RIVAROXABANA também de uso oral, na dose de 10mg 1x/dia, iniciando 6 à 8h após à cirurgia.
- Não utilizar HNF, aspirina ou dextran, como método isolado de profilaxia.
- Manter a profilaxia por pelo menos 10 dias, podendo ser estendida até 5 semanas.
- O uso ideal de compressão pneumática intermitente, ou seja, o dia todo, por pelo menos 10 dias, é uma alternativa à quimioprofilaxia

3. Cirurgia oncológica curativa:

- Manter profilaxia por 4 semanas

4. Trauma:

- Manter profilaxia também na fase de recuperação, podendo ser utilizada HBPM ou Warfarina (RNI 2 a 3)

5. Cirurgia bariátrica:

- O uso de doses profiláticas maiores mostrou maior eficácia, porém associou-se à maiores

taxas de sangramento.

6. Cirurgia cardíaca:

- Quimioprofilaxia com enoxaparina apenas no pós operatório, meias elásticas e exercícios passivos e ativos precoces.
- Se contra-indicação à quimioprofilaxia, optar por compressão pneumática intermitente.

7. Pacientes de baixo risco:

- Nesses pacientes a avaliação de risco deve ser individualizada, podendo ser prescrita a profilaxia.

Hospital e Maternidade
GALILEO

Trombocitopenia induzida por heparina

TIPO I

- . Pode ser induzida tanto por HBPM como HNF.
- . Agressão direta na plaqueta.
- . Menos grave e mais frequente (20% a 25% dos pacientes tratados)
- . Início nos primeiros dias de uso.
- . Raramente as plaquetas atingem níveis menores que 100.000
- . *Tratamento: suspensão da medicação.*

TIPO II

- . Pode ser induzida tanto por HBPM como HNF.
- . É secundária à mecanismo imunológico e na sua investigação recomenda-se dosagem de antifator plaquetário 4/heparina.
- . Mais grave e menos frequente (2 a 5% dos pacientes tratados).
- . Início entre 4 a 14 dias do início da heparina.
- . Frequentemente as plaquetas atingem níveis menores que 100.000
- . *Tratamento: medicamentos que inibem a síntese de trombina (hirudina, argatroban e danaparóide).*

Hospital e Maternidade
GALILEO

BIBLIOGRAFIA

1. Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF et al. Prevention of venous thromboembolism. ACCP Evidence-based Clinical Practice Guidelines (8° edition) - Chest 2008; 133:381S-45S3
2. Samara MM, Cohen AT, Darmon JY, et al. A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients - NEMJ 1999; 341:793-800
3. Sherman DG, Albers GW, Baladin C, et al. The efficacy and safety of enoxaparin versus unfractionated heparin for the prevention of venous thromboembolism after acute ischaemic stroke - Lancet 2007; 369:1347-1355
4. Diretriz brasileira de profilaxia de tromboembolismo venoso em pacientes clínicos internados

Hospital e Maternidade
GALILEO

Controle de revisão

| Data | Revisão | Motivo |
|------------|---------|----------------------|
| 10/08/2017 | 0 | Elaboração documento |

Elaborado: Dr. Elio de Paula Assis Martins (Coordenador técnico PA) - CRM/SP: 143.757

Aprovado: Dr. André Cortado (Coordenador Médico PA) - CRM/SP: 86.132 Aprovado: Eliana

Onofra de Melo (Coordenadora enfermagem PA) - COREM:0132860 Aprovado: Dr. Sebastião

Roberto Caberlin (Presidente conselho) - CRM/SP: 58.180 Aprovado: Dr. Admar Concon Filho

(Vice Presidente conselho) - CRM/SP: 53.577 Aprovado: Dr. Gustavo Berbel Faidiga (Diretor

Técnico) - CRM/SP: 112.622 Aprovado: Dr. Nilton Targino de Almeida Junior (Diretor Clínico) -

CRM/SP: 96.876 Autorizado: Maria Aparecida Medeiros Barros do Prado (Administradora

hospitalar) Autorizado: Aparecida Valéria Quadros (Gerente de enfermagem) - COREM: 0115029

Hospital e Maternidade
GALILEO