REDE D'OR SÃO LUIZ	TIPO DE DOCUMENTO/ SETOR					HOSPITAL VILLA LOBOS
	Elaboração 01/10/2016	**Efetivação** 27/10/2016	**Código:** HVL.GER.PCS.001	**Versão:** 01	**Página** 1/9	
PROTOCOLO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO						

1. FINALIDADE

Garantir assistência contínua para a prevenção de tromboembolismo venoso (TEV) nas unidades de internação e de terapia intensiva, por meio de detecção e prescrição da profilaxia do trombo embolismo venoso. Garantindo de forma precoce o risco de tromboembolismo venoso através da escala de avaliação risco para TEV.

2. CLASSIFICAÇÃO Classificar o tipo de Protocolo.

☐ **Segurança** (Descrevem barreiras adotadas para os possíveis riscos identificados nos processos assistenciais);

☐ **Clínico** (Definem conceitos, diretrizes e critérios para diagnóstico e tratamento de uma síndrome clínica);

☐ **Gerenciado** (São protocolos de segurança ou clínico monitorados continuamente por meio de indicadores para garantir uma prática com qualidade e segurança).

3. ABRANGÊNCIA

Pronto Socorro (PS) / Unidade de internação (UI) / Unidade de Terapia Intensiva (UTI) / Centro Cirúrgico (CC)

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os pacientes clínicos e cirúrgicos que apresentarem risco intermediário e alto na avaliação de risco para tromboembolismo.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Todos os pacientes clínicos e cirúrgicos que apresentarem risco baixo na avaliação de risco para tromboembolismo.

6. MARCADORES

- Número total de protocolos TEV abertos mensalmente (paciente clínico e cirúrgico)

- Número de avaliações de risco para TEV realizadas em até 24hs após a admissão (pacientes clínicos)

- Número de avaliações de risco para TEV realizadas no pré-operatório

7. BARREIRAS DE PREVENÇÃO

- Consulta do risco para TEV no alerta de segurança do paciente no sistema tasy pela equipe multidisciplinar.
- Consulta do risco para TEV identificado em todos os setores diariamente (pronto socorro, unidade de internação, unidade de terapia intensiva e centro cirúrgico);
- Confirmação do risco para TEV identificado no impresso de transferência entre unidades (SBAR) e em todas as passagens de plantão (interna, entre setores e no impresso);
- Sinalização dos riscos altos das cirurgias de alto risco no quadro cirúrgico;
- Controle da prescrição de profilaxia química por meio da farmácia clínica diariamente;
- Controle da prescrição da profilaxia mecânica pela fisioterapia;
- Comunicação do risco para TEV ao médico responsável pessoalmente e via telefone;
- Ação do hospitalista em casos de esquecimento e/ou impossibilidade imediata do médico responsável prescrever a profilaxia quando sugerida;

8. INDICADORES DE RESULTADO

- Adesão de profilaxia de TEV para pacientes submetidos à cirurgia de alto risco

Fórmula do Cálculo: Número total de pacientes submetidos a cirurgias de altíssimo risco (artroplastia de joelho, artroplastia de quadril, fratura de quadril, trauma raqui-medular e politrauma) para TEV e que receberam profilaxia adequada no início, manutenção e seguimento da profilaxia no período/ Número total de pacientes submetidos a cirurgias de altíssimo risco (artroplastia de joelho, artroplastia de quadril, fratura de quadril, trauma raqui-medular e politrauma) para TEV no período x 100.

9. FLUXO

*** PACIENTE CIRÚRGICO**

(Considerar somente todos os pacientes que serão submetidos a procedimento cirúrgico)

ATUALIZAÇÃO DO QUADRO DE CIRURGIAS – Enfermeiro do centro cirúrgico (NOTURNO)

- Confere no "bate mapa" as cirurgias de alto risco para TEV e sinaliza no quadro de cirurgias do dia seguinte o risco.

PRÉ OPERATÓRIO - Enfermeiro da unidade de internação

- Admite o paciente;
- Realiza a avaliação de risco de TEV para paciente cirúrgico no tasy;
- Se identificado **risco intermediário ou alto**, sinaliza para o enfermeiro de plantão do centro cirúrgico via telefone (ramal 4560) e registra em prontuário o nome do enfermeiro do centro cirúrgico comunicado;
- Se identificado **risco baixo** anota no impresso de passagem de plantão e reavalia novamente a cada 24hs de acordo com a divisão da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- Registrar no impresso de passagem de plantão o risco identificado.

CENTRO CIRÚRGICO - Enfermeiro do centro cirúrgico

- Sinaliza em quadro de cirurgia as cirurgias de risco intermediário e alto e comunica o cirurgião quanto a indicação da profilaxia para TEV no pós-operatório.

CENTRO CIRÚRGICO – Médico cirurgião

- Recebe a informação do risco para TEV
- Consulta e confirma o risco para TEV no alerta de segurança do paciente (Tasy)
- Prescreve a profilaxia indicada conforme avaliação de risco para TEV do Tasy
- Se NÃO adesão do protocolo de TEV justifica em evolução médica

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO (POI) - Enfermeiro da unidade de internação e unidade de terapia intensiva

- O risco de TEV identificado e a profilaxia prescrita no centro cirúrgico dos pacientes em POI deve ser confirmado na passagem de plantão.

- Nos dias sequentes o risco para TEV deve ser avaliado diariamente de acordo com a divisão da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) independente do risco identificado no dia anterior e registrar no impresso de passagem de plantão.
- Todo novo risco intermediário ou alto identificado deve ser comunicado ao médico responsável pelo paciente e solicitar prescrição da profilaxia indicada pelo mesmo ao hospitalista caso o médico não possa prescrever no dia.

*** PACIENTE CLÍNICO**

(Considerar todos os pacientes que NÃO serão submetidos a procedimento cirúrgico)

Enfermeiro do pronto socorro

- Realiza a escala de avaliação de risco para TEV em todos os pacientes quando indicada a internação;
- Se identificado risco intermediário ou alto comunicar o médico do pronto socorro por meio do alerta de segurança e comunicação verbal e registrar em prontuário;
- Consulta a prescrição da profilaxia química para prevenção de TEV (clínico) diariamente, na ausência de prescrição da profilaxia sem justificativa médica registrada comunicar de imediato o médico do pronto socorro;
- Se houver recusa/ausência de justificativa de não adesão ou de prescrição da profilaxia pelo médico, registrar em prontuário e notificar o setor responsável (coordenadoria médica – PS);
- Em toda transferência interna do paciente o risco identificado e a profilaxia prescrita deve ser passado em plantão e registrado em impresso de transferência entre unidades (SBAR);

Enfermeiro da unidade de internação e unidade de terapia intensiva

- Todos os pacientes admitidos nas unidades de internação e na unidade de terapia intensiva deve ter o risco de TEV identificado e a profilaxia prescrita no setor de origem informada na passagem de plantão;
- Realiza diariamente a avaliação do risco para TEV de acordo com a divisão da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) independente do risco identificado no dia anterior e registra no impresso de passagem de plantão.

- Todo novo risco intermediário ou alto identificado deve ser comunicado ao médico responsável pelo paciente e solicitar prescrição da profilaxia indicada pelo mesmo ao hospitalista caso o médico não possa prescrever no dia.
- Consulta a prescrição da profilaxia química para prevenção de TEV (clínico) diariamente, na ausência de prescrição da profilaxia sem justificativa registrada comunicar de imediato o médico responsável;
- Se houver recusa/ausência de justificativa de não adesão ou de prescrição da profilaxia pelo médico, registrar em prontuário e notificar o setor responsável (Coordenadoria Médica – UI/UTI);
- Em toda transferência interna do paciente o risco identificado e a profilaxia prescrita deve ser passado em plantão e registrado em impresso de transferência entre unidades (SBAR);

Médico Ponto Socorro e Médico Responsável (UI e UTI)

- Consultar alerta de segurança e recebe o comunicado verbal do enfermeiro sobre a presença de risco para TEV antes do procedimento de prescrição;
- Se adesão ao protocolo prescreve a profilaxia adequada;
- Se não adesão ao protocolo registrar justificativa em evolução médica;

10. ORIENTAÇÕES GERAIS

PREENCHIMENTO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA TEV TASY:

- Preencher corretamente a classificação do paciente (clínico ou cirúrgico);
- Os itens “não se aplica” e “em uso de anticoagulantes” não deverão ser selecionados em nenhum momento. Considerar como itens inativos.

RECOMENDAÇÕES DE PROFILAXIA PARA TEV

Profilaxia de Tromboembolismo Venoso no Paciente Cirúrgico:

*Profilaxia Farmacológica:

Risco Moderado e Alto: Enoxoparina 40mg SC 1x/dia ou HNF 5.000 UI SC 3x/dia

Risco Intermediário: Enoxoparina 20mg SC 1x/dia ou HNF 5.000 UI SC 2x/dia

Risco Baixo: Deambulação Precoce; fisioterapia

*Profilaxia Mecânica:

Indicada aos pacientes com contraindicação ao uso de profilaxia farmacológica ou em associação a profilaxia farmacológica nos pacientes de moderado risco;

- Meias elásticas de compressão gradual;
- Compressor Pneumático de membros inferiores (mínimo de 18h/dia)
- Contraindicações à profilaxia mecânica:
- Fratura exposta;
- Infecção ou úlcera em membros inferiores;
- Insuficiência Arterial periférica de membros inferiores;
- Insuficiência cardíaca grave.

*Tempo de uso da Profilaxia (a partir da data da cirurgia)

- Artroplastia e fratura de quadril; 4 – 5 semanas;
- Artroplastia total de joelho; 10 a 14 dias;
- Cirurgias oncológicas; 3 a 4 semanas;
- Politrauma e TRM; até recuperação;
- Demais cirurgias: 7 a 10 dias.

*Contraindicações ao uso da Heparina;

- Absolutas: Sangramento ativo; plaquetopenia induzida por heparina; hipersensibilidade as heparinas.
- Relativas: Úlceras péptica ativa; cirurgia craniana ou ocular < 2 semanas; plaquetopenia < 100000/HAS não controlada; coagulopatia (INR > 1,5%); coleta de liquor < 24h, clereanse de creatinina < 30 ml/min.

*Alternativas Farmacológicas para profilaxia de TEV.

1) Rivaroxabana (Xarelto) – Inibidor direto do fator Xa

Indicações:

- Cirurgias eletivas de substituição total de quadril.

Dose recomendada: 10 mg 1 x/dia por 28 a 35 dias.

- Cirurgias eletivas de prótese total de joelho.

Dose recomendada: 10 mg 1x/dia por 10 a 10 dias.

Início do medicamento: 6 a 8 horas após o fechamento da incisão cirúrgica e após hemostasia adequada.

Contraindicações: não é recomendado para pacientes com clearence de creatinina < 15ml/min.

2) Etoxilato de dabigatrana (Pradaxa) – Inibidor de trombina.

Indicações:

- Cirurgias eletivas de substituição de quadril – dose recomendada 1cp, 110mg 1h e 4h após a cirurgia, seguida de 2 cp 110mg 1x/dia nas 24h seguintes por 28 a 35 dias.
- Cirurgias eletivas de prótese total de joelho – dose recomendada: 1 cp. 110 mg 1h a 4h após a cirurgia seguida de 2 cp 110mg 1x/dia nas 24h seguintes por 10 a 14 dias.

Ajuste da dose: utilizar dose de 150 mg/dia para pacientes >75 anos, portadores de insuficiência renal moderada e uso concomitantemente de amiodarona, verapamil ou rifampicina. No dia da cirurgia administrar 1 cp. 75 mg e nos dias seguintes 1 cp. 150 mg.

Contraindicações: Clearence de creatinina < 15ml/min; AVC hemorrágico nos últimos 6 meses, uso de concomitantes de cetoconazol sistêmico, insuficiência hepática moderada a grave. A dabigatrana não pode ser utilizada se houver a presença do cateter peridural para analgesia pós-operatória. Não pode ser utilizada em pacientes em uso de cateter nasoenteral.

Profilaxia de Tromboembolismo Venoso no paciente clínico

*Profilaxia de acordo com os riscos:

- Idade > 40 anos e mobilidade reduzida sem fator de risco; deambulação precoce e reavaliação em 2 dias.
- Presença de fator de risco e sem contraindicações para profilaxia farmacológica, enoxoparina 40mg/dia SC 1x/dia ou HNF 5.000 UI SC 8h/8h.
- Presença de fator de risco, mas com contraindicações, compressão pneumática de MMII e/ ou meia elástica (reavaliar em 02 dias).

*Tempo de uso da profilaxia;

- Manter por 4 a 10 dias ou enquanto o risco persistir.

Utilização de compressor pneumático:

- Médico prescreve o compressor pneumático
- Enfermeiro prescreve o tamanho adequado das perneiras P, M ou G;
- Na ausência da meia de compressão contínua proteger o membro com malha tubular ortopédica por toda extensão;
- Instalar as perneiras, de modo que os joelhos fiquem livres;
- Conectar os cabos de ligação das perneiras com o dispositivo conforme especificação do produto;
- A presença de lesões superficiais nos membros, não contra indica o uso de compressor, uma vez que estes devem estar devidamente cobertos;
- A presença de cateter para monitorização de PAM não contra indica o uso do compressor, sendo possível o uso dos mesmos nestes casos;
- As contraindicações absolutas para o uso do compressor são: lesões extensas e profundas de tecidos dos membros, paciente com aparelho gessado ou fixador externo no membro afetado.

REGISTRO SEGURO

- É obrigatório e de extrema importância que todas as atividades e condutas que envolvam o protocolo de TEV estejam registradas em prontuário pela equipe multidisciplinar.

11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

12. HISTÓRICO DAS REVISÕES

Reestruturação do protocolo: início de utilização do sistema tasy; avaliação do risco de pacientes clínicos no pronto socorro; avaliação diária do risco independente do risco; controle de profilaxia pelo setor de farmácia; inserção do hospitalista como barreira.

REVISÃO	DESCRIÇÃO SUMÁRIA	DATA

Rodapé

Setor: **Nome:**	**Setor:** **Nome:**
Assinatura/Data:	
Vigência:	

REVISÃO	DESCRIÇÃO SUMÁRIA	DATA

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
Setor: Unidade de Internação **Nome: Cynthia Mayumi Torrazilia Zuniga / Dr. Gustavo Ferreira Araújo**	**Setor: Diretoria Médica** **Nome: Dr. Paulo Cretella**
Assinatura/Data:	
Vigência:	