



Algoritmo Clínico e Pós Cirúrgico Tromboembolismo Venoso (TEV)

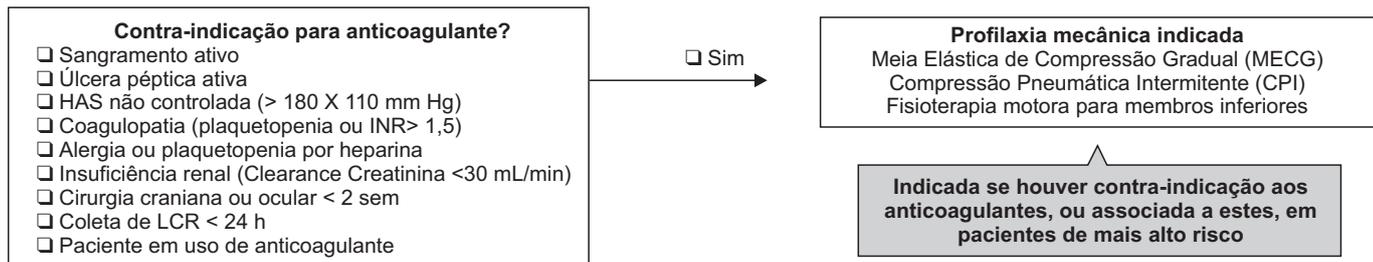
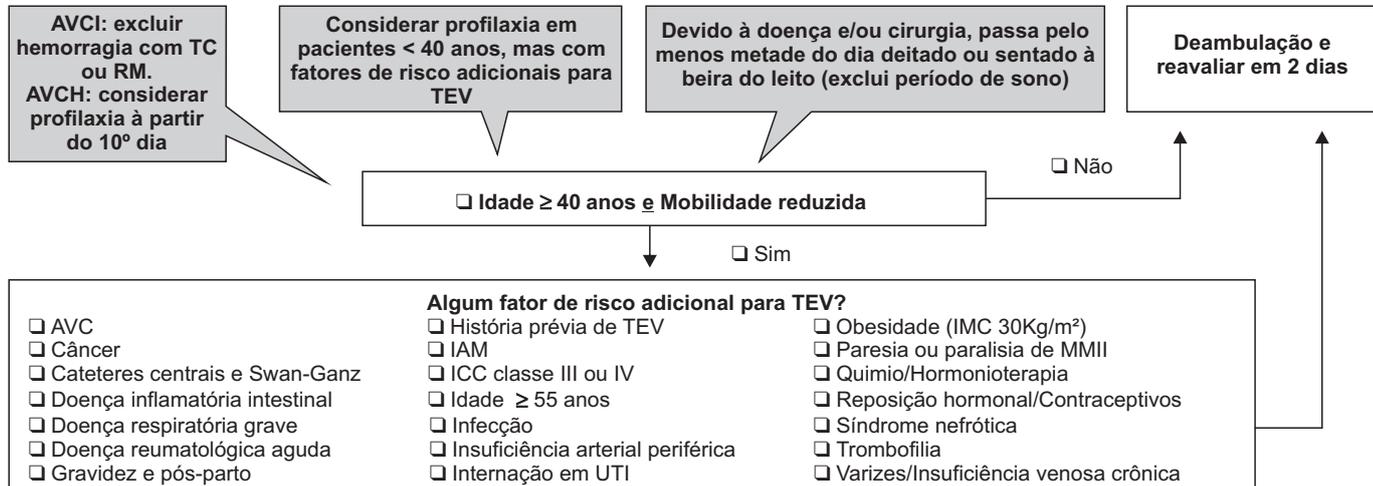
Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Data da Avaliação: ___/___/___ Hora: ___:___ Enfermeiro: _____ Coren: _____



Profilaxia medicamentosa indicada
Fondaparinux 2,5 mg SC 1x/dia
Enoxaparina 40 mg 1x/dia
HNF 5.000 UI SC 8/8h
Manter por 10 ± 4 dias ou enquanto persistir o risco

Re-Avaliações do Algoritmo de Trombo Embolismo Venoso (nas primeiras 24 horas e a cada 48 horas) (Campos de preenchimento da(o) enfermeira(o))

Re-avaliação	Data	Hora	Novo fator de risco presente	Contra-indicado anticoagulante	Profilaxia medicamentosa indicada	Profilaxia mecânica indicada	Nome/ Coren
1ª	___/___/___	___:___	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____
2ª	___/___/___	___:___	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____
3ª	___/___/___	___:___	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____
4ª	___/___/___	___:___	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____
5ª	___/___/___	___:___	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____
6ª	___/___/___	___:___	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____
7ª	___/___/___	___:___	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____
8ª	___/___/___	___:___	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____
9ª	___/___/___	___:___	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____
10ª	___/___/___	___:___	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____

Em caso de indicação de profilaxia mecânica ou medicamentosa comunicar o médico

Notificado Médico Sim Data: ___/___/___ Hora: ___:___ Médico Notificado: _____

Validação do Médico: _____ CRM _____ Data: ___/___/___ Hora: ___:___

Justificativa médica em caso de não adesão ao protocolo proposto: _____





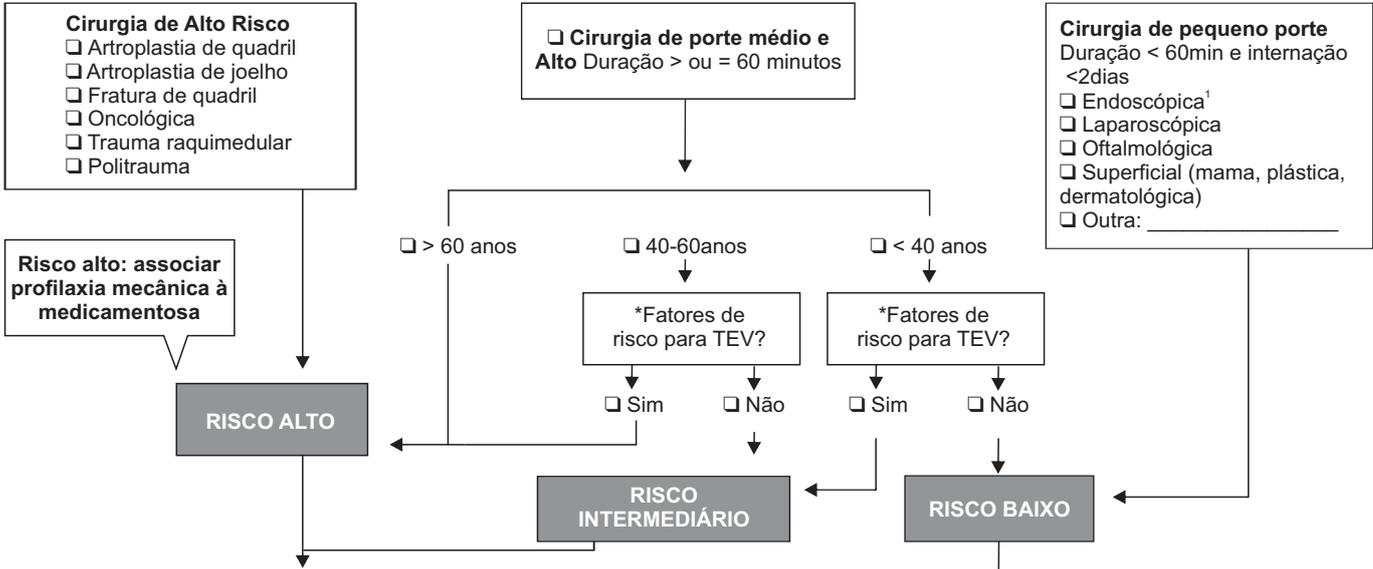
Algoritmo Pré Cirúrgico (1,2,3)
Tromboembolismo Venoso (TEV)

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____



Contra-indicação para anticoagulante?

- Sangramento ativo
- Úlcera péptica ativa
- HAS não controlada (> 180 X 110 mm Hg)
- Coagulopatia (plaquetopenia ou INR > 1,5)
- Alergia ou plaquetopenia por heparina
- Insuficiência renal (Cl Cr < 30 mL/min)
- Coleta de LCR < 24 h
- Paciente em uso de anticoagulante

Sim

Não

Profilaxia medicamentosa indicada

Medicação ²	Risco alto	Intermediário
<input type="checkbox"/> HNF	<input type="checkbox"/> 5.000 U 3x/d	<input type="checkbox"/> 5.000 U 2x/d
<input type="checkbox"/> Enoxaparina	<input type="checkbox"/> 40 mg 1x/d	<input type="checkbox"/> 20 mg 1x/d
<input type="checkbox"/> Fondaparinux	<input type="checkbox"/> 2,5 mg SC 1x/dia	

Tempo de profilaxia recomendado

ATQ e Fratura de quadril	4 a 5 semanas
ATJ	Pelo menos 10 dias
Oncológica ³	3 a 4 semanas
Politrauma e TRM	Até recuperação
Demais	7 a 10 dias

Deambulação precoce e fisioterapia
Profilaxia medicamentosa não indicada

Indicada se houver contra-indicação aos anticoagulantes, ou associada a estes, em pacientes de mais alto

Profilaxia mecânica?

- Meia Elástica de Compressão Gradual (MECG)
- Compressão Pneumática Intermitente (CPI)
- Fisioterapia motora para Membros Inferiores

***Marcar fatores de risco para TEV presentes**

<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Infecção
<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Insuficiência arterial periférica
<input type="checkbox"/> Cateteres venosos	<input type="checkbox"/> Internação em UTI
<input type="checkbox"/> D.inflamatória intestinal ativa	<input type="checkbox"/> Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²)
<input type="checkbox"/> Doença respiratória grave	<input type="checkbox"/> Paresia ou paralisia de MMII
<input type="checkbox"/> Doença reumatológica ativa	<input type="checkbox"/> Quimio / Hormonioterapia
<input type="checkbox"/> Gravidez e pós-parto	<input type="checkbox"/> Reposição hormonal / CCH
<input type="checkbox"/> História prévia de TEV	<input type="checkbox"/> Síndrome nefrótica ativa
<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> Trombofilias
<input type="checkbox"/> ICC classe III ou IV	<input type="checkbox"/> Varizes / Insuficiência venosa

Em caso de complicações da profilaxia registre em prontuário!

1. Inclui ressecção prostática transuretral
2. Em cirurgia bariátrica, considerar doses maiores: enoxaparina 40 mg 2x/dia, nadroparina 5.700 U 1x/dia ou HNF 7.500 U 3x/dia
3. Estudos principalmente em cirurgia abdominal e pélvica, potencialmente curativa.

Após 48h reavaliar como risco para TEV clínico/ pós cirúrgico

Data da avaliação: ___/___/___ Hora: ___:___ Responsável: _____ CRM: _____

Justificativa médica em caso de não adesão: _____

Referências: 1. Geerts W et al. Prevention of venous thromboembolism (8th Edition of ACCP Guidelines). Chest 2008; 133:381S-453S; 2. Diretriz Brasileira de Profilaxia de TEV em Paciente Clínico Internado. Disponível online em http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/; 3. Rocha AT et al. Obesity Surgery 2006; 16(12):1645-55; 4. Venous thromboembolism: reducing the risk of venous thromboembolism in inpatients undergoing surgery (<http://www.nice.org.uk/CG46>).