



**MONITORIZAÇÃO DA
ADERÊNCIA AO PROTOCOLO
DE PROFILAXIA DE TEV**

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

FORM.SCIH.030

JUSTIFICATIVA TÉCNICA PARA APLICAÇÃO DESTE PROTOCOLO

Incidência: Na gestação, a prevalência de tromboembolismo venoso (TEV) é de 0,5 a 2,2 casos para cada 1.000 partos, aumentando em cerca de 20 vezes no puerpério em relação à população em geral. Nos pacientes clínicos e cirúrgicos, o risco chega a 20% dos casos.

TEV e risco de morte: Em serviços privados, é uma das principais causas de morte materna (1-2 mortes para cada 100.000 partos).

Vale a pena fazer a profilaxia: Metade destas mortes poderiam ser evitadas com a profilaxia adequada de TEV, sendo a principal causa de morte evitável em pós-operatórios cirúrgicos.

<p>PONTUAÇÃO DO PACIENTES APÓS APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO DE FATORES DE RISCO</p>	<p><input type="checkbox"/> ESCORE DO RCOG (para obstetrícia): Risco para TEV: () alto () intermediário () baixo</p> <p><input type="checkbox"/> ESCORE DE CAPRINI adaptado (para pacientes cirúrgicos e clínicos não obstétricos): Risco para TEV: () alto () intermediário () baixo</p>
<p>ENFERMEIRA</p>	<p>() não indicado profilaxia com enoxaparina – risco baixo () protocolo não se aplica (paciente já em uso heparina, enoxaparina, warfarin ou outro anticoagulante) () recomendado profilaxia com enoxaparina – risco alto e intermediário: <i>apresentar ao médico para preenchimento da parte de avaliação médica</i> Data: ____/____/20____</p> <p>Comunico Dr. _____ às ____: ____ hs <i>(no caso de pacientes particulares, o médico deverá ser comunicado por telefone)</i></p> <hr/> <p>Assinatura e carimbo da enfermeira responsável</p>
<p>AVALIAÇÃO MÉDICA</p>	<p>() concordo com a recomendação e prescrevo enoxaparina profilática (doses e tempo de uso recomendadas no verso) () apesar de recomendado o uso, não acatado pois paciente apresenta contra-indicação ao uso de heparina (critérios no verso) () indicado bota pneumática. () não indicado bota pneumática</p> <hr/> <p>Assinatura e carimbo do médico responsável</p>

QUAL?	PRINCIPAIS CONTRA-INDICAÇÕES:
	Distúrbios de coagulação conhecidos que promovem o sangramento: () hemofilia () doença de von Willebrand () coagulopatia adquirida, etc
	Sangramento ativo moderado a importante (ou hematoma progressivo) imediatamente antes ou após parto ou cirurgia
	Suspeita de abdome agudo hemorrágico
	Paciente com alto risco de hemorragia importante como placenta prévia
	Trombocitopenia (< 75.000 mm ³)
	AVE (AVC) hemorrágico ou isquêmico nas últimas 4 semanas
	Insuficiência renal grave (TFG < 30 mL\min\1.73 m ²)
	Insuficiência hepática grave (TP > 1,5 ou varizes esofágicas)
	Hipertensão grave não controlada (PAS > 200 mmHg ou PAD > 120 mmHg)

PACIENTES CIRÚRGICAS	
RISCO PELO ESCORE (INDEPENDENTE DO PESO)	ENOXAPARINA (DOSE)
CAPRINI 5 – 7 (RISCO MODERADO)	20 mg 1 x ao dia
CAPRINI ≥ 8 (RISCO ALTO)	40 mg 1 x ao dia

ESCORE RCOG (PARA PACIENTES OBSTÉTRICAS EM GERAL)			
PONTUAÇÃO	PROFILAXIA	QUANDO INICIAR	QUANDO FINALIZAR
ALTO RISCO: ≥ 4 PONTOS	* Todos: Enoxaparina + Medidas gerais * Trombofilia de ALTO RISCO® ou TEV prévio: seguir com hematologista#	* FIV (fertilização in vitro): após 12 semanas * Restante: fazer desde o início da gestação	6 semanas após o parto <i>OBS.: nos casos de risco de sangramento no primeiro trimestre, pode-se iniciar com 28 semanas</i>
RISCO MÉDIO: (INTERMEDIÁRIO ALTO): 3 PONTOS	Enoxaparina + Medidas gerais	Iniciar após 28 semanas * Trombofilia de BAIXO RISCO®: após 28 semanas	* Hiperemese: suspender na alta e com melhora dos vômitos * Síndrome da Hiperestimulação Ovariana: manter nos três primeiros meses * Trombofilia de BAIXO RISCO®: até 10 dias após o parto ou internamento * Restante: até 6 semanas após o parto
RISCO MÉDIO: (INTERMEDIÁRIO BAIXO): 2 PONTOS	Enoxaparina + Medidas gerais	Iniciar após o parto	Até 10 dias após o parto (mínimo de 7 dias)
RISCO BAIXO: 0 - 1 PONTO	MEDIDAS GERAIS: 1 – Meias compressivas 2 – Deambulação precoce 3 – Evitar desidratação	Durante toda a gestação	Até pelo menos 10 dias após o parto
# <u>hematologista</u> avalia ajuste de dose da heparina (dose profilática ou terapêutica parcial) e avalia reposição de antitrombina antes do parto nos casos específicos da deficiência			
@ <u>TROMBOFILIAS de alto risco</u> : SAF (síndrome do anticorpo antifosfolípide); Deficiência de antitrombina 1; deficiência de proteína C ou S; <u>homozigose</u> para fator V de Leiden ou para mutação do gene da protrombina & <u>TROMBOFILIAS de baixo risco</u> : heterozigose para o fator V de Leiden ou mutação do gene da protrombina			

PACIENTES OBSTÉTRICAS (RISCO MODERADO ou ALTO)	
PESO DA GESTANTE	DOSE ENOXAPARINA
< 50 Kg	20 mg 1 x ao dia
51 – 90 Kg	40 mg 1 x ao dia*
91 – 130 Kg	60 mg 1 x ao dia
131 – 170 Kg	80 mg 1 x ao dia
≥ 171 Kg	0,6 mg/kg por dose 1 x ao dia

ESCORE DE CAPRINI ADAPTADO (PARA PACIENTES CIRÚRGICAS E CLÍNICAS NÃO OBSTÉTRICAS)			
PONTUAÇÃO	PROFILAXIA	QUANDO INICIAR	QUANDO FINALIZAR
ALTO RISCO: ≥ 8 PONTOS	ENOXAPARINA PROFILÁTICA 40 mg 1 x ao dia + Medidas Gerais	6 horas após procedimento (aceitável até 24 horas)	Manter entre 7 – 10 dias após procedimento
RISCO MÉDIO: (INTERMEDIÁRIO): 5 a 7 PONTOS	Considerar uso de ENOXAPARINA PROFILÁTICA 20 mg 1 x ao dia + Medidas Gerais	6 horas após procedimento (aceitável até 24 horas)	Pelo menos durante o internamento, podendo estender por 7 dias
RISCO BAIXO ≤ 4 PONTOS	MEDIDAS GERAIS: 1 – Meias compressivas 2 – Deambulação precoce 3 – Evitar desidratação	6 horas após cirurgia	Pelo menos até 10 dias após procedimento

* BOTAS PNEUMÁTICAS sempre que existir contra-indicação para uso de enoxaparina